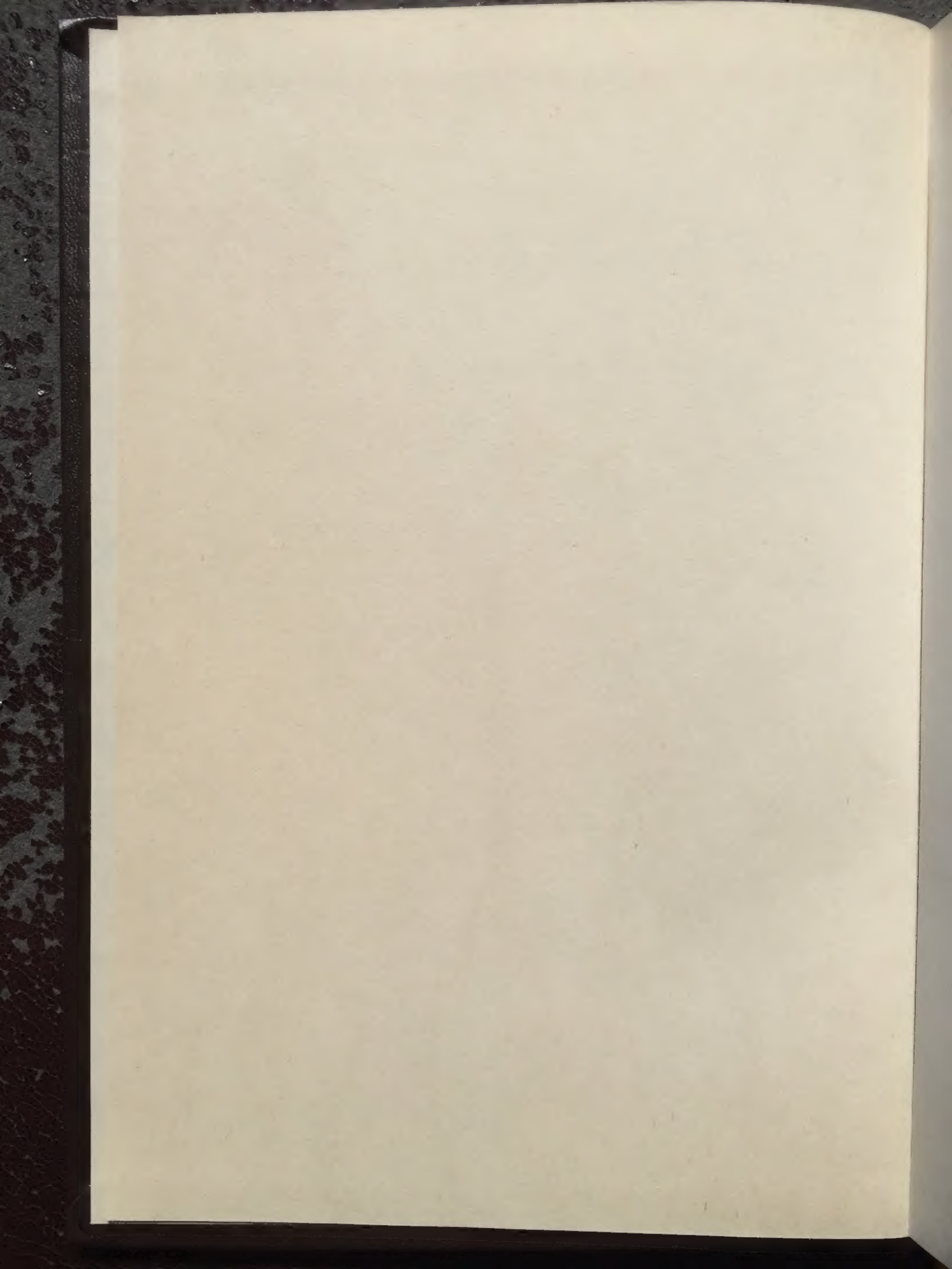
Н. Г. ШУМСКИЙ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

«АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ»



Н. Г. Шумский

Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике

По материалам архива Всесоюзного Ордена Трудового Красного Знамени НИИ общей и судебной психиатрии имени В.П.Сербского

твующее лечение, и очень часто
е последствия.
ность и последствия медицинских
и — в том, что неправильно установ
гноз влечет за собой неверное экспер
е чего психически больной человек оче
пенитенциарной системы.

Санкт-Петербург
Гуманитарное агентство Академический проект
1997

ISBN 5-7331-0082-6

Оглавление

Введение 3

Общая характеристика подэкспертных, болевших шизофренией, в отношении которых были допущены диагностические ошибки 8

Глава I *Ошибочная диагностика реактивных состояний у лиц, болевших шизофренией (первая группа)* **10**

Глава II *Ошибочная диагностика психопатических состояний у лиц, болевших шизофренией (вторая группа)* **77**

Глава III *Ошибочная диагностика органических заболеваний центральной нервной системы у лиц, болевших шизофренией (третья группа)* **143**

Глава IV *Подэкспертные с первоначально установленным, а в последующем отвергнутым диагнозом шизофрении (четвертая группа)* **203**

Глава V *Клинические особенности шизофрении, диагностированной у исследованных подэкспертных* **307**

Глава VI *Причины диагностических ошибок* **320**

Введение

А у нас — тишь да гладь,
Божья благодать.
А.Ахматова.

Слушайте, здесь дело идет о человеческой шкуре.
Г.Бургав.

Ошибаются врачи всех специальностей. Психиатры не составляют исключения. Больные первыми платят за совершенные врачами ошибки. Однако и врачи не остаются сторонними наблюдателями. В прошлом веке, когда специальность медика выбиралась обычно по призванию, врачи часто расплачивались за допущенные ошибки по самому высокому счету — кончая самоубийством. Частота самоубийств среди врачей, по данным на конец XIX века, была наивысшей в России — в 21 раз выше, чем в обществе в среднем. В возрасте от 25 до 35 лет, то есть в тот период, когда врач еще не мог достаточно четко разграничить собственную ответственность от несовершенства избранной им врачебной дисциплины, самоубийством кончал каждый десятый. Первое место в таких деяниях принадлежало психиатрам. Причину этого явления И.А.Сикорский связывал, в частности, с теми нравственными перегрузками и реакциями на них, которые оказывала на психиатров как сама их профессия, так и постоянное противодействие со стороны государства по отношению к проводимой ими работе[1]. Теперь большинство врачей, и в их числе психиатры, научились себя беречь. Во всяком случае, они редко поступают так, как их предшественники сто лет назад. Больные же продолжают страдать попрежнему.

Одной из наиболее серьезных медицинских ошибок является неправильное диагностическое заключение. Оно влечет за собой и несоответствующее лечение, и очень часто — неблагоприятные социальные последствия.

Особенность и последствия медицинских ошибок в судебной психиатрии — в том, что неправильно установленный нозологический диагноз влечет за собой неверное экспертное заключение, в результате чего психически больной человек очень часто передается в руки пенитенциарной системы.

[1] Сикорский И.А. Основы теоретической и клинической психиатрии с кратким очерком судебной психологии. Киев, 1910. С. 441-442.

В обыденной жизни мало кто знает, что́ представляет собой советская тюрьма. Еще меньше известно о том, какое влияние она оказывает на психику и психологию длительно находящегося в тюрьме человека. Не знают, да и не слишком задаются этими вопросами и подавляющее большинство судебных психиатров. В то же время они без особых затруднений могли бы получить достаточно полное представление о том, что́ ожидает больных испытуемых, признанных вменяемыми: многие душевнобольные, прошедшие лагеря, при повторных СПЭ могли бы сообщить эксперту-психиатру очень много сведений, касающихся их пребывания в ИТК.

“Я выходил из лагеря в 85-м году с ощущением, что они могут сломать любого, с любым сделать, что угодно. И если они кого-нибудь до конца не сломали — значит, не хотели. Я вышел как будто другим человеком”[1]. Поэтому совсем не случайно первая книга общественного центра “Содействие”, вышедшая в свет в 1992 году, называется “Как выжить в советской тюрьме”.

Душевная болезнь всегда в той или иной степени снижает адаптационные возможности человека. Поэтому в жестоких условиях содержания заключенных в ИТК осужденные психически больные почти всегда находятся в худших условиях, чем те, кто такой болезнью не страдает. Психически больной человек может длительное время находиться в ИТК, не получая никакой медицинской помощи, а при стертых формах психических болезней — не получить ее никогда. В то же время эти лица в связи с неправильным поведением, обусловленным болезнью, очень часто нарушают установленный в ИТК режим и подвергаются административным взысканиям — многократно помещаются в ШИЗО, ПКТ, а в случаях серьезных правонарушений могут быть судимы повторно и понести самые различные, более тяжелые наказания — вплоть до смертной казни. Отсутствие лечения и условия содержания в ИТК всегда усугубляют психическую болезнь. В период заключения у больных могут возникать психозы, которые при иных обстоятельствах могли бы и не развиться. В части случаев такие психозы принимают затяжное или хроническое течение — вплоть до развития исходных состояний. В тех случаях, когда психозы не возникают, психическая болезнь продолжает углубляться за счет нарастающих личностных изменений, которые вне стен ИТК с постоянством влияют на социальную приспособляемость бывших заключенных, страдающих нераспознанным психическим заболеванием, и создают предпосылки для совершения ими повторных ООД. Как следствие, они повторно направляются в ИТК. Достаточно часто психически больные подэкспертные, признанные вме-

[1] Абрамкин В.Ф. Тюремный мир глазами политзаключенного. М., 1993. С. 209, 213.

няемыми при первоначальной СПЭ, совершают повторные правонарушения непрерывно, одно за другим, и каждый раз повторяется ошибочное первоначальное экспертное заключение. В медицинских учреждениях, в которых подэкспертным проводят различные виды судебно-психиатрической экспертизы, в том числе и в Институте судебной психиатрии имени В.П.Сербского, преобладают лица от 15 до 30 лет. Этим подэкспертным, да и большинству остальных, предстоит еще долгая жизнь, и совсем не безразлично, как она сложится в результате ошибочно установленного у них первоначального психиатрического диагноза.

Вот почему анализ причин диагностических ошибок в судебной психиатрии имеет для подэкспертных, да и для самих судебных психиатров, первостепенное значение. Сотрудники Института судебной психиатрии имени В.П.Сербского в своих исследованиях до последнего времени обходили стороной эту проблему применительно к деятельности Института. В актах СПЭК иногда встречаются указания на причины допущенных ранее диагностических ошибок. Их разбор во всех случаях носит поверхностный характер, а выявленные отдельные причины допущенных ошибок в последующем не учитываются. Обобщающего анализа ошибочной клинической диагностики, допущенной сотрудниками Института, до настоящего времени нет.

В конце 80-х гг. автор несколько раз обращался к директору Института имени В.П.Сербского Г.В.Морозову с предложением написать коллективное исследование, в котором были бы проанализированы причины первоначально допущенных диагностических ошибок при СПЭ, проводимых в Институте. Автор не имел собственных наблюдений, так как не принимал участия в проводимых в Институте СПЭ. Поэтому предполагалось привлечь к задуманному труду ведущих экспертов Института, имеющих в своем распоряжении необходимые данные для написания исследования и анализа причин ошибочных диагнозов, установленных в Институте при первичных СПЭ. Сделанные предложения не отвергались, но и не получили спроса.

Некоторое время спустя, вне связи со сделанными Г.В.Морозову предложениями, но при его содействии, автор получил разрешение работать в архиве Института. Ему было предложено выбрать из картотеки архива данные о тех подэкспертных, у которых за период с 1962 по 1983 г. первоначально установленный СПЭК Института нозологический диагноз в последующем отвергался и заменялся иным. Работа была выполнена[1]. Таким образом,

[1] В связи с неполнотой архивных данных, карточки на подэкспертных, поступавших в Институт на СПЭ в 1976-1979 гг., встречались редко.

были получены клинические данные, которыми автор до этого времени не располагал.

Между первоначальными и заключительными СПЭ, устанавливавшими окончательный диагноз, обычно проходили различные периоды времени, часто исчисляемые годами и даже десятилетиями. Поэтому проведенное исследование носило катамнестический характер, то есть было соблюдено одно из важнейших условий для установления достоверного диагноза.

Выявленная по картотеке архива группа подэкспертных с отвергаемым впоследствии диагнозом удовлетворяла двум важным условиям: а) она оказалась достаточно большой для того, чтобы на основании ее анализа сделать правомерные обобщающие выводы; б) диагностические подходы при установлении первоначального (первоначальных) и заключительного диагнозов были однотипными.

Анализ исследуемой группы подэкспертных позволил разделить ее на отдельные подгруппы исходя из первоначального, впоследствии отвергнутого, диагноза. Наиболее многочисленные подгруппы и подверглись затем клиническому анализу, который позволил дать каждой из них обобщающую характеристику. Для подтверждения ее правильности после анализа каждой подгруппы приведены соответствующие примеры. Их основу составили акты СПЭ, аутентичные тем, которые находились в историях болезни подэкспертных и направлялись в суд[1]. Наряду с актами, во многих случаях анализировались и использовались для иллюстрации приведенных наблюдений сведения, находившиеся в историях болезни, но не вошедшие в акты. Эти дополнения всегда оговариваются. Все приведенные примеры автор снабдил собственными клиническими разборами и сделанными на их основании диагностическими заключениями. Вопрос о вменяемости подэкспертных специально не рассматривался, хотя клинические разборы, проведенные автором, обычно дают на этот счет недвусмысленный ответ. При выборе наблюдений, иллюстрирующих ту или иную подгруппу, принимались во внимание следующие обстоятельства: 1) достаточная полнота клинических данных, содержащихся в актах СПЭК и историях болезни подэкспертных; 2) наиболее частые причины ошибочной диагностики; 3) медицинские и социальные последствия допущенных диагностических ошибок; 4) повторяемость причин ошибочной диагностики. Классифицировать приводимые наблюдения на основании качественной особенности психического заболевания, диагностированного при первой (первых) СПЭ, удалось лишь в подгруппе, где первоначально был установлен диагноз

[1] В актах СПЭ была лишь в некоторых местах откорректирована пунктуация — прим. ред.

"реактивное состояние". В остальных подгруппах использовать этот принцип было или очень трудно, или же просто невозможно. Во всех случаях главным мотивом выбора приведенных наблюдений служили причины диагностических ошибок, их медицинские и социальные последствия — то есть эти наблюдения должны были показать не только каков был генез неправильно установленных диагнозов, но и во что часто обходятся душевнобольным допускаемые по отношению к ним ошибки в диагностике при проведении СПЭ.

В качестве примеров приведено 21 наблюдение. Такое число обусловлено рядом соображений. При обобщающем анализе отдельных подгрупп, а в последующем и всех их, вместе взятых, помимо воли автора возможен субъективный подход. При этом выявить субъективность автора человеку беспристрастному почти невозможно. Конкретные наблюдения и сопровождающие их анализы позволят непредубежденному читателю с бóльшим основанием принять или отвергнуть вытекающие из исследования обобщающие выводы. Наблюдения дают возможность яснее видеть позицию автора, его верные и неверные соображения. Большое число наблюдений позволяет читателю лично сделать своего рода "перекрестный анализ" выявленных причин ошибочной диагностики. Наконец, конкретные наблюдения всегда сильнее врезаются в память по сравнению с самым обстоятельным обобщающим описанием. Не следует также забывать, что при анализе конкретных наблюдений автору сплошь и рядом приходилось явно или скрыто вступать в противоречия с теми выводами, которые имелись в заключениях СПЭК Института. Значительное число наблюдений позволяет уяснить, кто прав и в чем.

Достоверность приводимых наблюдений, их аутентичность первоисточникам легко проверить. Хотя в наблюдениях приводится лишь первая буква фамилии подэкспертного, одновременно с ней упоминается год его рождения, характер противоправного деяния, дата поступления в Институт на СПЭ. С помощью перечисленных выходных данных по картотеке архива Института имени В.П.Сербского легко установить и необходимые истории болезни.

Общая характеристика подэкспертных, болевших шизофренией, в отношении которых были допущены диагностические ошибки

Первоначальный диагноз был изменен при повторной (повторных) СПЭ у 484 подэкспертных. Среди них 450 человек страдали шизофренией. В 402 случаях диагноз шизофрении был поставлен при повторных СПЭ вместо первоначального ошибочного; у 58 подэкспертных шизофрения была диагностирована первоначально, а впоследствии этот диагноз ошибочно был изменен. Соотношение между этими двумя группами подэкспертных составило 6,7:1. Первоначальные диагнозы были изменены на диагноз "шизофрения" в 87,1% случаев; первоначальный диагноз "шизофрения" в последующем сменялся на другие диагностические заключения в 12,9% случаев.

У 38 подэкспертных как первоначальный, так и заключительный диагнозы касались других нозологических единиц.

Среди 392 подэкспертных, которым первоначальный диагноз был заменен на заключительный диагноз "шизофрения", было:

— 164 человека с первоначальными диагнозами "реактивное состояние" и "реактивный психоз";

— 114 человек с первоначальными диагнозами "психопатия" и "психопатические черты характера";

— 78 человек с первоначальным диагнозом "органическое поражение центральной нервной системы".

Всего — 356 человек.

Среди остальных 36 подэкспертных этой группы диагнозы распределялись следующим образом:

— 10 человек — различные синдромальные диагнозы;

— 5 человек — заключение "здоров";

— 1 человек — заключение "симуляция";

— 20 человек — диагнозы "простое алкогольное опьянение", "хронический алкоголизм" и "наркомания".

Эти 36 человек в разработку не вошли.

Клинический анализ был проведен всего у 414 человек: из них у 356 подэкспертных с заключительным диагнозом "шизофрения" и у 58 подэкспертных, которым первоначальный диагноз "шизофрения" был в последующем изменен на другие нозологические диагнозы.

У каждого из 414 подэкспертных анализировались все акты СПЭ Института; примерно у 1/4 из них наряду с актами СПЭ анализировались и данные историй болезни. Анализ медицинской документации включал в себя все "узловые" пункты анамнеза: генеалогию, преморбидные особенности личности, дополнительные вредности пре- и постнатального периодов, наблюдавшиеся в прошлом психические расстройства, особенности социальной адаптации и т.д., а также психическое состояние подэкспертных в периоды первой и повторных СПЭ.

Преобладающее число подэкспертных поступало в Институт после АСПЭК, часть — после стационарной СПЭ. Причины направления обычно формулировались так: "неясность клинической картины", "нерешенность вопросов о психическом состоянии", "для уточнения диагноза" и соответственно — "для решения вопросов вменяемости-невменяемости". В части случаев направление в Институт происходило по решению или постановлению сотрудников судебно-следственных или пенитенциарных учреждений в связи с сомнениями в психическом состоянии лиц, совершивших противовоправные деяния , или в связи с сомнениями в правильности решений экспертных вопросов первичными СПЭК.

ГЛАВА I

Ошибочная диагностика реактивных состояний у лиц, болевших шизофренией

(первая группа)

Среди 164 подэкспертных мужчин было 159, женщин — 5 человек.

Генеалогический фон. Наследственное отягощение психическими болезнями, олигофренией, алкоголизмом, самоубийствами и лицами с аномалиями характера было выявлено в семьях 76 подэкспертных, что составляет около половины всех наблюдений (табл. 1). Как видно из таблицы, соотношение числа родственников с психическими болезнями (82 человека) с числом родственников с пограничными психическими расстройствами (45 человек) составило примерно 2:1. У 31 подэкспертного наследственное отягощение было впервые выявлено, а у 19 дополнено только при повторных, обычно при вторых, экспертизах. Описания проявлений психических болезней, особенностей олигофрении, алкоголизма, самоубийств в актах СПЭК и историях болезней отсутствовали. Среди определений аномальных личностных черт кровных родственников подэкспертных преобладали: "злобный", "жестокий", "странный", "деспотичный", "угрюмый", "агрессивный", "ревнивый", "замкнутый".

Преморбидная личность. Из 164 подэкспертных к периоду первой СПЭ у 59 человек (1/3 наблюдений) характеристика преморбидной личности отсутствовала. У 18 подэкспертных она впервые приводилась при повторной или повторных экспертизах. Число определений, характеризующих преморбидную личность, обычно колебалось от двух до пяти, например: "общительная, высокомерная"; "замкнутый, вспыльчивый, раздражительный"; "замкнутый, исполнительный, трудолюбивый, неуравновешенный"; "замкнутый, уединялся, играл один, раздражительный, склонный к фантазиям" и т.п.

Среди определений, характеризующих преморбидную личность, у 91 подэкспертного можно было выделить наиболее от-

четливые. Чаще всего (53 человека) ими являлись шизоидные черты характера: замкнутость, скрытность, неразговорчивость, стремление к одиночеству — вплоть до “отрешенности”. У 38 человек наряду с перечисленными личностными особенностями отмечались: робость, застенчивость, неуверенность, плаксивость, обидчивость и ранимость — признаки, свойственные сензитивным шизоидам. Значительно реже (15 человек) шизоидные черты характера сочетались с раздражительностью, возбудимостью, двигательной расторможенностью, упрямством, нетерпеливостью, склонностью к жестоким поступкам — то есть это были лица с шизоидно-возбудимыми чертами характера.

У 21 подэкспертного в характере преобладали: несдержанность, взрывчатость, грубость, склонность к агрессивности и жестоким поступкам; у части из них одновременно существовали: завышенная самооценка, стремление привлечь к себе внимание, хвастовство, лживость — то есть здесь преобладали лица с выраженной возбудимостью или истеро-возбудимыми чертами характера.

У значительного числа подэкспертных с перечисленными личностными особенностями был снижен, а у некоторых полностью отсутствовал интерес к учебе, а позже — к профессиональной деятельности.

17 подэкспертным были свойственны: общительность, уравновешенность, покладистость, доброжелательное отношение к близким, трудолюбие — вплоть до увлеченности своим делом, в части случаев — разнообразие интересов, преимущественно в области гуманитарных дисциплин. Некоторые из них отличались заметной художественной одаренностью. Здесь можно было говорить о наличии в характере циклоидного радикала.

Особенности пубертатного и юношеского периодов в анамнезах подэкспертных, собранных при первой СПЭ, отсутствовали.

У значительного числа подэкспертных до того, как они были направлены в Институт на первую СПЭ, в анамнезе отмечались дополнительные вредности.

88 человек употребляли алкоголь, 25 — наркотики (анаша, препараты опия, барбитураты) (табл. 2). Качественная оценка употребления алкоголя, и в еще большей степени — употребления наркотиков основывалась автором на тех определениях, которые использовали сотрудники Института, а при их отсутствии — на клинических данных, обычно кратких. Употребление алкоголя расценивалась автором как “эпизодическое” в тех случаях, когда имелись указания на то, что подэкспертный “выпивает”, “выпивает временами или нерегулярно”. Когда употребление алкоголя характеризовалось в заключениях СПЭК как “склонность к злоупотреблению алкоголем”, такое определе-

ние принималось автором как нормативное. Диагноз хронического алкоголизма ставился автором на основании заключений СПЭК или в тех случаях, когда существовал абстинентный синдром. Описания употребления алкоголя в динамике в медицинской документации отсутствовали. Обращало на себя внимание нередкое упоминание о наличии у части подэкспертных, употреблявших алкоголь, состояний опьянения, сопровождаемых выраженной раздражительностью, злобой, двигательным возбуждением с агрессивным поведением, что позволяет говорить о существовании у таких лиц атипичных (эксплозивных) форм простого алкогольного опьянения.

Среди употреблявших наркотики у 5 человек в заключениях СПЭК была диагностирована наркомания. Употребление наркотиков у остальных подэкспертных лишь констатировалось. При совместном употреблении алкоголя и наркотиков употребление алкоголя почти всегда начиналось раньше. У 75 подэкспертных в медицинской документации был отмечен возраст, в котором они начали употреблять алкоголь или наркотики; у 64 человек начало их употребления приходилось на пубертатный период и юность.

В большинстве случаев употребление алкоголя и наркотиков не достигало степени болезни. Из 113 человек, употреблявших эти средства, лишь у 18 возникли хронический алкоголизм (13 человек) и наркомания (5 человек). Последнее обстоятельство тем более обращает на себя внимание, что очень часто употребление алкоголя и наркотиков начиналось в первые 20 лет жизни, то есть в период, когда пристрастие к этим средствам возникает и часто, и быстро.

“Органические вредности” до проведения первой СПЭ в Институте были выявлены у 105 подэкспертных — примерно 2/3 всех наблюдений (табл. 3). Как видно из таблицы, доминировали черепно-мозговые травмы (84 человека). Оценка степени тяжести “органической вредности”, в первую очередь в связи с перенесенными черепно-мозговыми травмами, основывалась автором на косвенных данных, а именно: наличии или отсутствии церебрально-органических жалоб после перенесенной ЧМТ; характере последующего лечения и его форме — амбулаторной, стационарной (если имелись соответствующие данные); существовании в дальнейшем жалоб “органического” характера. В подавляющем большинстве наблюдений последствия “органической вредности” носили регредиентный характер, и лишь в единичных случаях — стационарный. О регредиентном развитии свидетельствовали редкость у подэкспертных церебрально-органических жалоб к периоду первой СПЭ в Институте и данные их неврологического обследования в это время. Обычными заключениями консультанта-невропатолога являлись: “легкие органические явления со стороны центральной нервной системы (ЦНС)”; “умеренно вы-

раженные органические изменения ЦНС"; "остаточные явления органического поражения головного мозга или ЦНС"; "вегетативная дисфункция". У многих подэкспертных при второй СПЭ, проведенной через 1-2 года после первой, оставался лишь диагноз "вегетативная дисфункция".

Среди подэкспертных с "органической вредностью" 3/4 всех лиц перенесли ее в первые 20 лет жизни.

У большинства обследованных автором подэкспертных до того времени, как им была проведена в Институте первая СПЭ, существовали различные по своей интенсивности психические расстройства. О них прямо или косвенно свидетельствовали: предшествующее лечение в психиатрических учреждениях; криминальное поведение; отношение к воинской обязанности; нарушения социальной адаптации.

Лечились у психиатров, в подавляющем большинстве в условиях стационара, 50 человек, то есть около 1/3 всех поддэкспертных. Более чем у половины из них были диагностированы психозы, в первую очередь шизофрения (табл. 4).

Криминальное поведение было выявлено у 107 человек (2/3 всех наблюдений). Среди совершивших первое ООД преобладали лица, находившиеся в пубертатном и юношеском возрасте (78 человек). Многие подэкспертные, отбывавшие наказание до поступления на СПЭ в Институт, допускали временно или постоянно грубые нарушения установленных в местах лишения свободы порядков и подвергались в связи с этим различным административным взысканиям. В некоторых случаях им увеличивали сроки наказания за совершенные в местах лишения свободы ООД.

Из 159 мужчин не были призваны на военную службу 106 человек. В основном это были лица, совершавшие ранее ООД или находящиеся в период призыва в армию в местах лишения свободы. ВВК были признаны годными к несению воинской службы 53 человека — 1/3 будущих подэкспертных. Демобилизованы на общих основаниях 38 человек. Среди них полноценно или относительно полноценно (из-за нередких случаев психопатического поведения) военная служба прошла у 27 человек. 11 человек были демобилизованы досрочно из-за психических расстройств в форме психопатий и неврозов — в частности, неврастении.

Определение степени нарушения социальной адаптации производилось сотрудниками Института как в данной, так и в остальных двух группах подэкспертных лишь у небольшого числа лиц и только при заключительной СПЭ, во время которой устанавливался диагноз шизофрении. К этому времени в заключениях СПЭК почти всегда констатировалась полная социальная де-

задаптация. Для того, чтобы выяснить, какой была социальная адаптация подэкспертных до их первого поступления на СПЭ в Институт, автору потребовалось провести анализ соответствующих клинических фактов. Результаты анализа позволили установить и, по возможности, обосновать критерии выделения степеней нарушения социальной адаптации до периода первой СПЭ.

Нарушения социальной адаптации почти никогда не были обусловлены интеллектуальной несостоятельностью подэкспертных. Исключение составили немногие лица, относившиеся в первую очередь к группе, диагностируемой первоначально как "органическое поражение центральной нервной системы". Основными причинами нарушения социальной адаптации являлись: 1) отклонения в поведении, в том числе и те, которые были связаны с совершениями ООД; 2) расстройства в эмоционально-волевой сфере; 3) падение энергетического потенциала. У лиц до 21 года преобладали первые две причины; после 20 лет можно было выявить все три, обычно с акцентом на одну или две из них. Выявить падение энергетического потенциала у лиц молодого возраста очень часто не представлялось возможным в связи с постоянными и резкими отклонениями в их поведении. Это, однако, не исключало существования у них симптомов падения энергетического потенциала, так как среди них встречались подэкспертные, у которых данное расстройство было налицо. Соотнести выделенные причины нарушения социальной адаптации с различными внешними сторонами жизни подэкспертных оказалось невозможным. Поэтому в расчет принимались лишь наиболее важные и вместе с тем доступные для анализа биографические сведения. У лиц с нарушениями социальной адаптации, появившимися в первые 20 лет жизни, ими являлись: "школьный анамнез", в части случаев — последующее обучение, приобретение профессиональных знаний и их реализация. Там, где нарушение социальной адаптации возникало после 20 лет, первостепенное значение приобретал "профессиональный анамнез".

Было выделено три степени нарушения социальной адаптации: 1) снижение; 2) выраженное снижение; 3) глубокое снижение — вплоть до полной социальной дезадаптации.

При сниженной социальной адаптации, возникавшей в молодом возрасте (до 21 года), сохранялась возможность получить школьное образование, обычно в объеме 4-8 классов, изредка — кончить среднюю школу; в отдельных случаях оканчивали техникум, в единичных — высшее учебное заведение. Во всех этих случаях автором учитывался конечный результат; трудности, возникавшие в период учебы в расчет не принимались. В последующем овладевали ремеслом, несложной профессией или профессией, связанной с законченным средним или высшим обра-

зованием. Профессиональная деятельность у лиц данной группы достаточно быстро оказывалась в той или иной степени неполноценной: появлялись затруднения в выполнении своих обязанностей; возникали обусловленные различными причинами смены мест работы, необходимость переквалификации, в том числе и в связи с отсутствием интереса к тому, чем приходилось заниматься; отмечался невысокий уровень профессионализма. При выраженном снижении социальной адаптации сохранялась возможность овладения школьными знаниями в объеме 4-8 классов. В последующем часть лиц не смогла приобрести специальность, а те, кто ее с трудом приобрел, оказались несостоятельными в ее реализации. При полной социальной дезадаптации отмечалась невозможность приобретения как школьных знаний, так и профессиональных навыков. Эти лица уже с молодых лет жили на иждивении близких.

При сниженной социальной адаптации, возникавшей после 20 лет, удовлетворительно и даже с успехом учились в школе, могли получить среднее и высшее образование. Успешно овладевали профессиями, в том числе такими, которые требовали усвоения достаточно сложных знаний, затрат труда, целеустремленности. Различные периоды времени справлялись, и даже неплохо, со своими служебными обязанностями. В последующем — спонтанно или под влиянием внешних причин, например, при повышении требований к результатам выполняемой работы — появлялись затруднения при выполнении профессиональных обязанностей, падала продуктивность труда, снижался профессиональный уровень. Начинались смены мест работы, переходы на работу, требующую меньшей квалификации. При выраженном снижении социальной адаптации, даже если овладевали профессией, требующей нередко достаточно высокой предварительной подготовки, очень скоро после начала трудовой деятельности возникала неспособность полноценно трудиться и как результат — отрицательные социальные последствия, от переходов на работу, не требующую какой-либо квалификации, до различных по времени периодов безработицы. При глубоком снижении социальной адаптации, или полной дезадаптации, эпизодически занимались неквалифицированным трудом или вовсе не работали. Появлялось нищенство или, при возможности, проживание на иждивении родственников.

Клинические данные, приводимые сотрудниками Института, позволили автору выявить у 145 подэкспертных первой группы особенности социальной адаптации ко времени их направления на первую СПЭ (табл. 5). Как видно из таблицы, при поступлении в Институт более чем у 3/4 подэкспертных, в отношении которых имелись соответствующие сведения, отмечалась та или

иная степень снижения социальной адаптации. Преобладали выраженная и глубокая ее степени, особенно часто — у тех подэкспертных, у которых снижение социальной адаптации началось в первые 20 лет жизни.

Подэкспертные, направленные в Институт на первую СПЭ, совершили следующие формы ООД — см. табл. 6. Как видно из таблицы, 53 человека (1/3 всех подэкспертных) совершили тяжкие противоправные деяния.

По возрасту к периоду первой СПЭ в Институте подэкспертные распределялись следующим образом — см. табл. 7. Как видно из таблицы, около половины всех подэкспертных (72 человека) находились в возрасте от 15 до 25 лет.

При первой СПЭ в Институте в психическом статусе подэкспертных описывались различные по своим психопатологическим особенностям и глубине позитивные симптомы. У 106 человек автором были выявлены реактивные нарушения в форме: а) истерических симптомов; б) различных психопатологических расстройств с психогенным содержанием (бред и т.п.); в) тех и других одновременно (табл. 8). Таким образом, в 60 наблюдениях (I подгруппа) можно было выявить те или иные истерические симптомы[1].

Истерические симптомы у многих подэкспертных данной группы часто сопровождались неглубокими депрессивными расстройствами и ипохондрией непсихотического уровня. Так же, как и при истерических симптомах, при них часто встречались высказывания, отражающие психогению. Поэтому в данной группе подэкспертных в ряде случаев можно было говорить не об одном истерическом, но и об истеро-депрессивном или истеро-ипохондрическом компоненте. Определение "истерический" ставилось на первое место по ряду причин — в частности, потому, что именно на эту группу симптомов в Институте обращалось внимание в первую очередь. Между тем, анализ показал, что клиническая картина у этих 60 подэкспертных не ограничивалась одними только истерическими симптомами. Они всегда сочетались с психотическими расстройствами, лишенными психогенного содержания. Чаще всего это был бред, преимущественно интерпретативный по своей форме. По содержанию это были бредовые идеи преследования, супружеской неверности, колдовства, отравления, чужих родителей, дизморфомания. Бредовые расстройства во многих случаях сопровождались вербаль-

[1] Легкие по проявлениям истерические симптомы (вегетативные нарушения, таращенье глаз, шаркающая походка и т.д.) часто не фиксировались отдельно, потому что они были включены в структуру более сложных истерических симптомов — таких, как псевдодеменция, пуэрилизм, истерическое поведение и т.д. Поэтому на самом деле они встречались гораздо чаще, чем это отражено в таблицах.

ными галлюцинациями и различными идеаторными психическими автоматизмами. Много реже преобладали сенсорные нарушения без отчетливого бредового компонента. Перечисленные психопатологические симптомы, как уже говорилось, не имели психогенного содержания. Кроме того, у этих 60 подэкспертных встречались кататонические расстройства в форме субступорозных состояний, состояний возбуждения с импульсивными поступками или гебефренным поведением. Кататонические симптомы могли сопровождаться бредом и (или) сенсорными расстройствами.

Во II подгруппе (30 человек) психопатологические симптомы — бред, вербальные и изредка зрительные галлюцинации, а также выраженные депрессии — отражали в своем содержании психотравмирующую ситуацию. Для обозначения таких психопатологических нарушений автором был использован термин "эндоформные расстройства с психогенным содержанием"[1]. Чаще всего в данной подгруппе встречался бред, в первую очередь параноидного характера. Обычно это был малосистематизированный интерпретативный бред, изредка — образный бред. В число преследователей входили прежде всего сотрудники УВД (милиция, в том числе участковый уполномоченный, следователь, иногда — сотрудники ИТК), изредка — судьи. Сотрудники КГБ являлись преследователями в единичных случаях[2]. Преследователями могли быть лица уголовного мира — сокамерники (в СИЗО), подельники, заключеные ИТК. Значительно реже и в менее выраженной степени психогенное содержание встречалось при вербальных и в единичных случаях — при зрительных галлюцинациях, как правило, сочетавшихся с бредом. Это были: насмешливые, угрожающие слова и фразы, связанные по содержанию с совершенным правонарушением; появляющиеся в ночное время и вызывающие страх фигуры следователя, прокурора или матери, произносящей слова утешения. При выраженных депрессиях психогенный компонент проявлялся бредовыми идеями самообвинения, содержанием которых являлось совершенное ООД и (или) гибель близких как его результат.

В III подгруппе (16 человек) истерические симптомы сочетались с эндоформными расстройствами, отражающими в своем

---

[1] Термин "эндоформный" использовался в данном случае по той же причине, по которой он постоянно употребляется при самых различных психических болезнях, имеющих определенный — например, органический — субстрат. Другой вопрос, является ли такой субстрат основой нозологического диагноза или только дополнительным фактором, видоизменяющим картину болезни.

[2] У больных с бредом преследования, находящихся на лечении в обычных психиатрических больницах, КГБ является самой частой организацией, осуществляющей так называемое "коллективное преследование" — форма бреда преследования на определенном этапе его развития.

содержании психогению. Эндоформным расстройством почти всегда являлся бред. Его проявления были такими же, как и во II подгруппе (табл. 8). То, что психогенная окраска встречалась чаще всего при бреде, не случайно: "В бредовых идеях прежде всего выступает душевная связь больного с окружающим" (E.Kraepelin, 1912). Время не опровергло эту мысль.

Бóльшая часть истерических симптомов, выявленных в первой и третьей подгруппах, были непродолжительными: при регрессе поведения они существовали дни-неделю, редко дольше; при остальных расстройствах — от одного до нескольких месяцев. Непродолжительное время (недели-месяц, редко дольше) сохранялось психогенное содержание при сенсорных и депрессивных симптомах. При образном бреде психогенно окрашенный его компонент существовал месяцы; при интерпретативном бреде — до двух-трех лет. И в первом, и во втором случаях на всем протяжении существования бреда его психогенное содержание не менялось и проявлялось стереотипными высказываниями. В значительной части случаев психогенное содержание при интерпретативном бреде оставалось и к тому времени, когда диагноз шизофрении являлся для сотрудников Института несомненным.

Только в отношении некоторых форм регресса поведения (поедание нечистот, мазанье ими, лакание жидкой пищи и т.д.), психогенной речевой спутанности, бредоподобных фантазий, немногочисленных случаев с выраженным истерическим поведением было оправдано встречающееся в заключениях СПЭК Института определение "массивные". Обычно же истерические симптомы отличались либо фрагментарностью (псевдодеменция, пуэрилизм), либо малой выраженностью (все остальные). То же наблюдалось и при истерических расстройствах, сопровождавшихся эндоформными симптомами.

Таким образом, у большинства из 106 подэкспертных с наличием в клинической картине психогенных расстройств последние отличались непродолжительностью, незавершенностью или малой выраженностью.

Напротив, эндоформные симптомы, достаточно быстро теряющие свое психогенное содержание (за исключением интерпретативного бреда), так же, как и лишенные психогенного компонента продуктивные психопатологические симптомы у лиц с преобладанием истерических расстройств (первая подгруппа), всегда отставались на более долгие сроки и определяли картину психоза.

У 58 подэкспертных не было ни истерических расстройств, ни психогенного содержания в таких позитивных симптомах, как бред, галлюцинации и т.п. Во всех случаях здесь с самого начала существовали массивные галлюцинаторно-бредовые, галлюцинаторные, кататоно-бредовые, кататоно-галлюцинаторные, ступо-

розные состояния (в том числе и с явлениями восковой гибкости), сложные депрессивно-бредовые и депрессивно-кататонические состояния. По своим проявлениям они ничем не отличались от тех расстройств, которые в общей психиатрии относятся к эндогенным. Разница была лишь в том, что эти состояния наблюдались в период воздействия психической травмы.

Таким образом, у значительной части подэкспертных во время первой СПЭ и вскоре после нее выявилась отчетливая тенденция к частичной и даже полной редукции симптомов, относящихся к группе психогенных. В то же время такие продуктивные симптомы, как бред, сенсорные, аффективные и другие психопатологические расстройства, начинали определять, а в части случаев определяли с самого начала картину болезненного состояния.

В данной группе подэкспертных анализу подверглись лишь позитивные симптомы; о негативных не было сказано ничего. Причина в том, что в заключениях СПЭК об этой стороне клинической картины болезни почти ничего не говорилось. Контекст анамнестических сведений и описаний психического состояния подэкспертных позволил во многих случаях сделать обоснованные предположения, что уже ко времени первой СПЭ у значительной части подэкспертных могли существовать негативные психические симптомы. О том, что это было действительно так, будет сказано ниже — при анализе клинических примеров, иллюстрирующих данную группу подэкспертных, а также при описании клинических особенностей тех случаев шизофрении, при которых были допущены диагностические ошибки.

После проведения в Институте первой СПЭ заключениями комиссий у подэкспертных первой группы были установлены следующие диагнозы — см. табл. 9. Таким образом, основными являлись диагнозы "реактивное состояние", и много реже — "реактивный психоз". Выявить клинические различия между этими двумя диагностическими оценками на основании анализа психического состояния подэкспертных и имеющихся заключений СПЭК автору не удалось. Синдромальные оценки реактивных состояний и реактивных психозов в ряде случаев оказывались тождественными. Возможно, сотрудники Института считают эти два диагноза синонимами. У 53 подэкспертных (1/3 всех наблюдений) диагностические оценки сопровождались их синдромальной характеристикой.

Определить критерии установления диагнозов Института позволил анализ заключений комиссий в тех случаях, когда в них приводились соответствующие обоснования. Таких критериев оказалось три: а) появление самых различных продуктивных психопатологических расстройств вслед за психической травмой

("психотравмирующими переживаниями") — арестом, судебно-следственной ситуацией, в некоторых случаях — в связи с самим фактом совершенного правонарушения; б) форма психопатологических расстройств, возникавших вслед за психогенией — симптомы псевдодеменции, пуэрилизма, бредоподобные фантазии и другие формы истерических расстройств; в) отражение в содержании различных психопатологических симптомов, выявленных в период обследования в Институте, а иногда и ранее, психотравмирующей ситуации. Обоснования диагноза приводились после того, как нозологический диагноз был уже установлен. Такой порядок изложения актов СПЭК регламентирован статьей 191 УПК РСФСР.

Таким образом, при установлении нозологического диагноза в данной группе подэкспертных СПЭК Института опирались только на особенности их психического статуса, соотнесенного с этиологическим фактором. Анамнестические сведения при установлении диагноза значения не имели.

На основании заключений первых СПЭК Института 47 человек были признаны вменяемыми. Такие решения обосновывались отсутствием, по мнению членов СПЭК, у подэкспертных хронического психического заболевания и каких-либо расстройств психической деятельности в момент совершения инкриминируемых им противоправных деяний. В части случаев в заключениях СПЭК добавлялось, что психическим заболеванием подэкспертные не страдали и до совершения ими правонарушения. Из 47 человек, признанных вменяемыми, 28 были направлены в распоряжение судебно-следственных учреждений, так как к периоду окончания СПЭ у них был диагностирован "выход из реактивного состояния". Среди этих 28 подэкспертных у 17 человек СПЭК Института диагностировали установочно-симулятивное поведение. 18 из 28 человек были осуждены и направлены в ИТК. Остальные 10 вскоре были возвращены в Институт на повторную СПЭ, так как до момента вынесения этим лицам судебного приговора у представителей судебно-следственных учреждений возникли сомнения в психической полноценности бывших подэкспертных. При повторной СПЭ у этих лиц был диагностирован рецидив реактивного состояния и они были направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы. Еще 19 человек, признанные вменяемыми, и 115 человек, у которых вопрос о вменяемости остался нерешенным, были направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы в связи с тем, что реактивное состояние приняло у них "затяжное течение".

Невменяемыми были признаны двое подэкспертных, совершивших ООД в период их нахождения в ИТК. У обоих на момент совершения ООД было диагностировано "реактивное со-

стояние; шизофрения?". Этих лиц направили на принудительное лечение в психиатрические учреждения мест лишения свободы. Таким образом, после первой СПЭ в Институте на принудительное лечение было направлено 146 человек. После окончания принудительного лечения 7 человек решениями СПЭК больниц, в которых это лечение им проводилось, были направлены в распоряжение судебно-следственных учреждений, судимы и приговорены к лишению свободы с отбыванием срока наказания в ИТК. Итак, после первой СПЭ в Институте в ИТК было направлено 25 человек.

В первой группе подэкспертных изменение первоначального диагноза на диагноз "шизофрения" производилось СПЭК Института спустя месяцы — 15 лет. По срокам установления окончательного диагноза все подэкспертные были разделены на 4 подгруппы (табл. 10). Как видно из таблицы, более чем в 2/3 всех наблюдений заключительный диагноз "шизофрения" был установлен в течение двух лет, а у 71 подэкспертного — в течение первого года после первоначальной СПЭ.

Порядковый номер СПЭ, при которой в Институте был установлен диагноз "шизофрения" — см. табл. 11. Таким образом, почти в 4/5 всех наблюдений заключительный диагноз был установлен при второй экспертизе.

В период СПЭ, установившей диагноз шизофрении, у 82 подэкспертных (половина всех наблюдений) анамнез, первоначально собранный сотрудниками Института, был ими же дополнен новыми клиническими фактами. Почти во всех случаях их сообщали либо сами подэкспертные, либо их родственники, либо те и другие. Еще у 29 подэкспертных первоначально собранный анамнез в этот же период подвергся сотрудниками Института ретроспективной переоценке, при которой были учтены ранее игнорируемые клинические факты. В подавляющем большинстве случаев дополнительные анамнестические сведения были собраны, а ретроспективная переоценка прежних сведений произведена при второй СПЭ в Институте.

Заключительный диагноз "шизофрения" был сформулирован СПЭК Института следующим образом — см. табл. 12. У 54 человек (1/3 всех наблюдений) заключительный диагноз обосновывался только данными психического статуса. Обоснование диагноза преимущественно по статусу существовало и в большинстве тех случаев, где упоминались или использовались анамнестические сведения. Анализ психического статуса, как правило, начинался с характеристики негативных расстройств. В 1/3 всех наблюдений ими же обосновывали и новый диагноз. Негативные

рассстройства в заключениях СПЭК излагались по раз установленной схеме[1].

В психическом статусе подэкспертных изменения личности при заключительной СПЭ, как правило, описывались мало. Прежде всего это касалось расстройств мышления — таких как паралогичность, неадекватность, психическая ригидность, расплывчатость, аморфность. Бóльшая, если не подавляющая часть перечисляемых и многих других расстройств мышления просто констатировалась. Примеры, подтверждающие существование того или иного вида расстройств мышления, почти никогда не приводились (за исключением одного случая). То же самое происходило и с оценкой нарушений критических способностей подэкспертных. Они лишь констатировались. Из психического статуса эти две группы негативных расстройств переносились затем в неизмененном виде в заключения СПЭК для обоснования устанавливаемого диагноза. Эмоциональные изменения не только констатировались, но в части случаев и обосновывались конкретными примерами.

Использование стереотипных формулировок при определении глубины существовавших у подэкспертных негативных расстройств нередко заставляло автора делать предположение о том, что в действительности степень личностных изменений была меньше, чем та, которая описывалась в заключениях СПЭК. Так, у подэкспертных с самыми различными по глубине позитивными симптомами и особенностями развития болезни негативные симптомы оказывались, по оценке СПЭК, тождественными. В поисках подтверждения сделанного предположения автором были проанализированы дневники наблюдений среднего медицинского персонала. В них часто можно было обнаружить примеры, характеризовавшие эмоциональность подэкспертных. Почти всегда такие примеры свидетельствовали о значительной эмоциональной сохранности тех, о ком в заключениях СПЭК говорилось как о грубо измененных людях. В приводимых персоналом примерах в ряде случаев можно было выявить такие особенности эмоциональности подэкспертных, как высокомерие (без наличия экспансивного бреда), ирония, повышенная ранимость.

При установлении диагноза “шизофрения” в 21 заключении СПЭК были даны объяснения причин ошибок первоначально установленного диагноза. В 20 случаях говорилось, что диагностические ошибки были обусловлены неправильной оценкой психического состояния подэкспертных, чаще всего — в связи с переоценкой значения психогенных расстройств.

Собранный при первой СПЭ анамнез, дополнительные анамнестические сведения, катамнез, имевшийся у 154 человек, кли-

[1] См. главу “Причины диагностических ошибок”.

нические факты, выявленные автором в описаниях психических статусов, особенно при заключительных экспертизах, позволили с большой степенью вероятности определить: а) синдромальные особенности и формы течения шизофрении, диагностированной в Институте у подэкспертных данной группы; б) возраст подэкспертных к началу возникновения у них болезни; в) особенности начальных психопатологических расстройств; г) ответить на вопрос, в какой период жизни — до или после начала болезни — подэкспертными были совершены ООД, повлекшие за собой их первое направление в Институт.

Обследованные подэкспертные, по заключению автора, принадлежали либо к непрерывной, либо к приступообразно-прогредиентной шизофрении (табл. 13). При непрерывной вялопротекающей шизофрении доминировали психопатоподобные симптомы. В группе непрерывной шизофрении бредовые или галлюцинаторно-бредовые расстройства преобладали над сенсорными. Кроме того, здесь возникали преходящие кататонические симптомы. У 5 подэкспертных с непрерывной (бредовой) шизофренией со временем развилась вторичная (последовательная) кататония. Эти лица были включены автором в группу непрерывной злокачественной шизофрении. В ней преобладали бредовые и кататонические симптомы. В группе приступообразно-прогредиентной шизофрении, так же как и при прогредиентной, бредовые симптомы обычно были более выраженными, чем сенсорные. У 10 человек приступы определялись депрессивно-параноидными расстройствами. Число приступов колебалось от 2 до 4, с тенденцией к меньшему их числу. Подсчет числа приступов затруднялся несовершенством анамнестических сведений и привходящими моментами, в первую очередь связанными с психогенными факторами.

В заключениях 56 СПЭК было отмечено, что шизофренический процесс начался у подэкспертных данной группы в детском-юношеском возрасте. Еще у 49 человек о таком же раннем дебюте процесса можно было сделать вывод на основании фактов, отмеченных сотрудниками Института в приводимых ими дополнительных анамнестических сведениях и в психических статусах подэкспертных при заключительной СПЭ. При этом в заключениях СПЭК о раннем начале болезни ничего сказано не было. Анализ тех же клинических данных позволил автору сделать предположение о том, что еще 8 человек заболели в детском-юношеском возрасте. Таким образом, более 2/3 всех подэкспертных заболели в первые 20 лет жизни. Чаще всего начало процесса отмечалось в пубертатном периоде. У 51 подэкспертного болезнь началась после 20 лет, почти у всех — до 30 лет.

У 115 подэкспертных в дебюте шизофрении преобладали психопатоподобные расстройства, которым во многих случаях (70 человек) сопутствовал выраженный гебоидный компонент. Психопатоподобный дебют встречался чаще при раннем начале болезни (92 человека) и реже — при ее начале после 20 лет (23 человека). Его продолжительность колебалась от 2-4 до 20 и более лет. Наиболее короткий психопатоподобный дебют встречался при злокачественной шизофрении; наиболе продолжительный — 16 и более лет — обычно при прогредиентной шизофрении; при приступообразно-прогредиентном развитии процесса продолжительность начальных психопатоподобных расстройств чаще колебалась в интервале от 5 до 15 лет.

У остальных подэкспертных в дебюте болезни встречались аффективные, преимущественно субдепрессивные, расстройства; бредовые, в частности, паранойяльные, состояния (у заболевших после 20 лет); изредка — неврозоподобные, дизморфофобические и деперсонализационные нарушения. Лишь у нескольких подэкспертных, заболевших после 20 лет, до периода первой СПЭ в Институте в анамнезе не встречалось каких-либо психопатологических симптомов.

Проведенный анализ медицинской документации позволил сделать вывод о том, что 160 человек совершили противоправные деяния, послужившие поводом для их первого направления в Институт, уже находясь в состоянии хронической болезни. Четыре человека явно заболели после совершения ими ООД. Все они во время первой СПЭ в Институте уже были больны шизофренией.

Психическая травма не только усложняла и видоизменяла клиническую картину шизофрении у большей части подэкспертных первой группы. В ряде случаев психическая травма могла играть роль фактора, провоцирующего манифестные эндогенные нарушения. Возможность психогенной провокации шизофрении описана в общей психиатрии. Психическая травма провоцирует в первую очередь те формы этой болезни, которые в настоящее время относятся к шизоаффективной и к рекуррентной шизофрении. Провоцируется обычно первый приступ, и много реже — второй. До момента развития психически провоцированного приступа в анамнезе больных отсутствуют указания на существовавшие ранее психозы.

Анамнестические сведения, имевшиеся к периоду установления у подэкспертных первой группы заключительного диагноза в Институте, показали, что примерно у половины из них в прошлом, в том числе и непосредственно перед направлением в Институт, существовали различные по клинической картине и продолжительности психотические состояния (табл. 14). Эти подэкспертные не учитывались автором при решении вопроса о

возможности провокации психоза психической травмой. У остальных подэкспертных (81 человек) возможность такой провокации допускалась. У всех этих лиц начальные проявления шизофрении определялись в первую очередь психопатоподобными, реже — неглубокими аффективными и неврозоподобными расстройствами. У нескольких подэкспертных в анамнезе не было отмечено вообще никаких психических нарушений. Соотношение форм течения шизофрении с числом ее провоцированных случаев у 81 подэкспертного — см. табл. 15.

Таким образом, чаще всего провокация манифестных симптомов болезни наблюдалась в случаях приступообразно-прогредиентной шизофрении, реже — при непрерывной (вялопротекающей и бредовой), и в единичных слуаях — при непрерывной злокачественной шизофрении. Соотнесение случаев "провоцированной" шизофрении с числом случаев шизофрении, при которых встречались психогенные расстройства, позволило сделать предположительный вывод о том, что возможность провокации психоза и появление в его структуре психогенных симптомов могут быть взаимосвязаными (табл. 15). Наиболее вероятна такая связь при приступообразно-прогредиентной, и менее отчетлива при непрерывнотекущей шизофрении. При непрерывной злокаческвенной шизофрении такая связь отсутствовала. Здесь на три провоцированных случая шизофрении пришлось 10 ее случаев с психогенными расстройствами. Объяснить такое несоответствие можно следующими предположениями: те расстройства, которые при непрерывной злокачественной шизофрении расценивались как психогенные (все они относились к истерическим), на самом деле являлись проявлениями кататонии — симптома, постоянно встречающегося при злокачественной шизофрении. В начальный период своего развития кататония может сопровождаться симптомами, тождественными истерическим — во всяком случае, трудно от них отличимыми. Об этом еще в 1890 г. писал В.П.Сербский.

У 24 подэкспертных, у которых возможность провокации считалась вероятной, психогенная симптоматика в период первой СПЭ отсутствовала. Возможно, здесь психическая травма повлекла за собой лишь возникновение одних манифестных эндогенных расстройств.

Среди всех подэкспертных первой группы только у одного, проходившего первоначально в Институте АСПЭК, при установлении диагноза "реактивное состояние" было высказано предположение, что данное расстройство, является не самостоятельной болезнью, а возникло у лица, больного шизофренией. Это предположение было высказано доктором Г. Собранный анамнез

делал такой вывод обоснованным. О возможности провокации эндогенного психоза психогенией не упоминалось ни разу.

Наблюдение N 1. "А., 1948 г.р. Обвиняется в умышленном убийстве. Поступил в Институт судебной психиатрии им. профессора В.П.Сербского 10 сентября 1973 г.

Со слов испытуемого и из материалов уголовного дела известно, что психически больных среди родных испытуемого не было. Дед по линии отца, со слов матери испытуемого, был злым, вспыльчивым. Отец после контузии на фронте был комиссован из армии и около двух лет был вспыльчивым, раздражительным, а впоследствии стал спокойным, заботливым. Как показывает мать испытуемого, беременность испытуемым у нее протекала без особенностей, роды были тяжелыми. Раннее развитие испытуемого было правильным. До двух лет болел воспалением легких, корью. Воспитывался дома бабкой, рос веселым, общительным ребенком. В школу пошел с 7 лет. Учился в школе хорошо, любил заниматься музыкой, танцевать, охотно выступал в концертах художественной самодеятельности, занимался спортом. После окончания школы поступил в сельскохозяйственный институт, учился хорошо. Окончил институт в 1971 году и был направлен на работу в Ленинградскую область. За четыре дня до отъезда случайно ударился дома головой о батарею, были наложены швы на рану. В этом же году был мобилизован в Советскую Армию и служил в течение года в Германии. После окончания службы в армии вернулся в г. М., стал работать заместителем директора сельскохозяйствнного техникума. Характеризуется с места работы положительно как со стороны администрации, так и сослуживцев. Свободное время проводил обычно дома или помогал отцу вести дела в магазине. Алкоголь употреблял умеренно. Странностей в поведении испытуемого его родные и знакомые не замечали. Из материалов уголовного дела известно, что за месяц до совершения правонарушения испытуемый познакомился с семидесятилетней А-ой, неоднократно ее посещал дома, помогал ей по хозяйству. За два дня до совершения правонарушения выписал со склада два килограмма полиэтиленовой пленки, на служебной автомашине ездил осматривать дорогу в районе поселка С. и узнать, бывает ли на дороге милиция. 18 марта 1973 года совершил убийство А-ой у нее в квартире, взял ценные вещи и спрятал их в своем служебном кабинете. В тот же день он заказал плотнику техникума деревянный ящик, размеры которого позволяли вместить труп убитой. Испытуемый очень торопил плотника с изготовлением ящика. Затем, 20 марта 1973 года, в ящике на служебной автомашине вывез труп в район территории 8 кутана. Шофер автомашины, помогавший испытуемому по его просьбе грузить ящик на машину, обратил внимание

на трупный запах из ящика. В районе 8 кутана испытуемый предложил шоферу посетить родственников, а сам поехал в сторону поселка С. и там сжег ящик с трупом. В этот же день испытуемый был арестован. В течение нескольких дней перед арестом, со слов матери, был чем-то расстроен, "издерган". В период следствия испытуемый сначала отрицал свою вину, в дальнейшем начал давать показания, участвовал в очных ставках, выезжал на место происшествия и показал место, куда он вывез и где он сжег труп, признался, что он взял ценности и спрятал их в служебном кабинете. Поведение испытуемого в первое время следствия не вызывало сомнений в его психической полноценности. 18 мая 1973 года (через два месяца после правонарушения) при попытке предъявить ему обвинительное заключение, в присутствии следователя и адвоката, испытуемый с криком: "Меня хотят убить", — бросился к дверям изолятора, стал просить вернуть его обратно в камеру, упал у двери, перестал отвечать на вопросы. 7 июня 1973 года при АСПЭК был тревожен, заявлял, что его преследуют работники следствия и хотят убить. Говорил, что к нему ночью приходили прокурор и следователь с автоматом и "стреляли по очереди прямо в грудь", но он остался жив, так как его "защитил Коля" ("друг" по тюрьме). О совершенном правонарушении говорил так: "Я бабушку не убивал, я ее любил, и вещи у нее не брал, и в кабинет их не клал". Комиссия не решила вопроса о психическом состоянии и вменяемости испытуемого.

При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее. Испытуемый среднего роста, правильного телосложения, нормального питания. По заключению терапевта, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние: "без органических изменений центральной нервной системы". Глазное дно в норме.

Психическое состояние. В период пребывания в Институте большую часть времени проводит в пределах постели, настроение снижено, держится уединенно, с окружающими не общается, передвигается замедленно. Стереотипно поглаживает волосы на голове. Жалуется на боль в груди, недостаток воздуха, так как у него в тюрьме якобы вырезали левое легкое (в палате находится испытуемый, перенесший операцию на легком). Большинство высказываний испытуемого однообразны и связаны с травмирующими переживаниями. Уверяет, что против него "составлен целый заговор" органами милиции, которые его преследуют за написанную им "книгу о героях", которую он начал писать якобы во время службы в армии, а потом "спрятал ее". Якобы тогда еще его хотели "отравить", "подбросив конфеты на снег", когда он стоял на посту. Много пишет, рисует схемы, объясняя, что

работает над "диссертацией" на тему: "Переселение горцев на равнину"; содержание письменной продукции характеризуется конкретностью и примитивностью. Например, он пишет: "Нужно приобрести больше тракторов "Беларусь", и если люди будут хорошо трудиться и не лениться, то я им место подготовлю и они хорошо заживут, организовав работу по выращиванию винограда, и подскажу, когда надо его продавать, чтобы было у них много денег". Говорит, что диссертацию написал после ареста "за 50 дней". На замечание о несерьезности его работы по-детски обижается, отворачивает голову в сторону, начинает плакать, говорит, что врач ему не верит и плохо к нему настроен. Сделал из картона большую медаль, на которой написал: "Дорогие советские люди, вы знаете, я не виноват, они специально хотят меня убить, не давайте врагам Родины убить меня". На запястье левой руки носит нитку, называет ее часами; по ней, по его словам, он определяет время. В письмах к матери просит никому не верить, пишет, что он "здоровый и не был больным", а в Институте его "хотят сделать больным". На письмах рисует звездочки, а в углу письма прикрепляет цветные бумажки. С подозрением относится к назначениям врача, категорически отказывается от инъекций — "лучше умереть стоя на ногах, чем на замаскированном операционном столе". Среди окружающих "видел" знакомого человека, который, по его мнению, "следит за ним". Считает, что персонал говорит о нем, следит за ним. При упоминании о правонарушении старается себя оправдать, вызвать сочувствие со стороны врача, выдвигает детские наивные теории: увидел мертвую А-ву и, чтобы не заподозрили в убийстве, решил уничтожить труп, а ценности "обнаружил и взял случайно". Защищаясь, с пуэрильными интонациями восклицает: "Я честный комсомолец, солдат, целовал знамя и никогда не был предателем Родины". Считает, что всё подстроили сотрудники милиции, чтобы его скорее "убить". Говорит, что ему осталось жить недолго, так как по возвращении в г. М. он "погибнет от руки врагов". Критика к своему состоянию и к сложившейся ситуации нарушена".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что А. в настоящее время обнаруживает признаки временного болезненного расстройства психической деятельности в форме реактивного состояния. Этот диагноз подтверждается выявленными у него при настоящем психиатрическом обследовании такими клиническими симптомами, как заторможенность, пониженный фон настроения, элементы псевдодеменции, пуэрилизма (детскость в поведении), идеи преследования, отражающие по содержанию психогенную ситуацию, отсутствие критики к своему состоянию и ситуации в целом. Как видно из материалов дела, указанное болезненное состояние возникло у А. в

условиях трудной психотравмирующей ситуации после ареста по данному делу. В связи с наличием реактивного состояния, решить вопрос в настоящее время о психическом состоянии А. в период инкриминируемых ему деяний и вменяемости не представляется возможным. Ввиду того, что реактивное состояние приняло затяжной характер, А. нуждается в направлении на обязательное лечение в психиатрическую больницу специального типа до выхода из указанного болезненного состояния, после чего могут быть решены поставленные перед экспертизой вопросы".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — сентябрь 1974 года).

"После экспертизы в Институте испытуемый находился в СИЗО г. М. По его словам, в одиночной камере он много читал, иногда очень ярко представлял себя на месте литературных героев. Иногда появлялось ощущение, будто он сходит с ума — начинал тогда громко смеяться. Часто испытывал страх. Затем начинал готовиться к судебному заседанию, "разрабатывал свою речь", мысленно чувствовал, что прокурор занят его "делом", "мысленно" переговаривался с ним. В судебном заседании 27 мая 1974 года, как отметил психиатр-эксперт, свидетельствовавший его, испытуемый неадекватно улыбался, считал, что он умный человек, переоценивал свои знания, заявлял, что суд и следственные органы читали и читают его мысли. Психиатр-эксперт не решил вопрос о вменяемости испытуемого и предположил наличие у него болезненного состояния психической деятельности. Определением судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда ... АССР от 27 мая 1974 года, в связи с сомнениями в психической полноценности, А. был направлен на повторную СПЭ в Институт судебной психиатрии имени профессора В.П.Сербского, куда он поступил 5 августа 1974 года. 10 сентября 1974 года экспертная комиссия продлила срок пребывания испытуемого в Институте в связи с неясностью клинической картины".

"Со слов испытуемого, из медицинской документации и из материалов уголовного дела известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Как видно из показаний родителей, в 11-12-летнем возрасте испытуемый изменился по характеру, стал менее общительным, часто без причины раздражался, друзей у него не было, он плохо спал по ночам, иногда ходил по комнате из угла в угол, порою не сразу откликался на обращение к нему. В 8 классе испытуемый перешел учиться в вечернюю школу и поступил работать на завод слесарем-лекальщиком, так как ему нужен был рабочий стаж для поступления в институт. В этот период времени — в 15-

летнем возрасте — у испытуемого появился на щеке гнойник и, по его словам, ему стало казаться, что все окружающие из-за этого обращают на него внимание, смеются над ним; он постоянно прикрывал щеку ладонью, старался скрыть от посторонних взглядов свой “дефект”. Затем он обратился в косметический кабинет, где удалили гнойник, и, как отмечает испытуемый, он “почувствовал себя красивым”. В этом же возрасте он заметил, что обладает способностью “угадывать” мысли о человеке, даже если его нет рядом. Приводит пример, как однажды к нему должен был придти его друг, которого он очень ждал, но друг не знал дорогу к дому и “мысленно спрашивал” у испытуемого, как найти дорогу, а он ему “мысленно отвечал”. В 9 классе успеваемость испытуемого в школе понизилась, но сам он “чувствовал” себя способнее и умнее сверстников. В то же время, как отмечает испытуемый, иногда у него возникали состояния “апатии”, когда ему ничего не хотелось делать, нарушался сон. Чтобы мать не заметила, что ночью он не спит, “укрывался с головой одеялом и с фонариком ходил на четвереньках по кровати”, пытался читать книги. Но в такие периоды чтение было непродуктивным, “что-то мешало усваивать прочитанное”. В 1966 году, закончив 11 классов, он поступил в сельскохозяйственный институт. Учился хорошо, иногда, по его словам, “внезапно становился очень умным, мог решить любую задачу”, а порою не мог ответить на самый простой вопрос, “путались мысли”. Нередко сокурсники делали ему замечания по поводу его неуместного и громкого смеха и своеобразного прищелкивания языком, которое получалось непроизвольно, “само по себе”. Иногда товарищи говорили ему, что плохо понимают его. Объяснял себе это тем, что ему завидуют, так как он очень умный, а они знают меньше его. Во время службы в армии испытуемый, по его словам, начал писать “книгу о героях”, писал временами — “под настроение”. Порою “писалось легко”, “мыслей было много”, а иногда “что-то мешало”. Предполагал, что мешает радио, но даже в тишине “мешали сами мысли”. Однажды, находясь на посту, испытуемый увидел на снегу конфету. Решил, что его “хотят отравить и конфету подбросили специально”. После службы в армии испытуемый вернулся в г. М., поступил работать в сельскохозяйственный техникум. По словам испытуемого, он хотел написать кандидатскую диссертацию на тему: “Экономическая эффективность переселения горцев на равнину”, поэтому в свободное от работы время он занимался в библиотеке, читал специальную литературу. В начале февраля 1973 года испытуемый по инициативе матери познакомился с племянницей А-ой — И., хотел на ней жениться, стал часто посещать дом А-ой, помогал ей по хозяйству. Он не сомневался, что И. выйдет за него замуж, так как “чувствовал”, что нравится ей, хотя с ней не

встречался и они ничего не говорили о своих планах. По словам свидетельницы И., она не встречалась с испытуемым. Испытуемый в этот период стал замечать, что люди на улице "стесняются" с ним разговаривать и даже дома тетка "подслушивает за стеной", "подглядывает за ним". Многих знакомых не узнавал, так как они "изменились" внешне: "утром одно лицо, а вечером и лицо, и глаза другие".

"При настоящем обследовании в Институте установлено следующее. Физическое и неврологическое состояние — без особенностей; глазное дно без патологии; анализы мочи и крови без патологических изменений.

Психическое состояние. В период пребывания в отделении испытуемый почти не общается с соседями по палате, так как считает себя гораздо умнее окружающих; с медперсоналом беседует охотно, помогает в уборке отделения, с большим рвением работает в трудовых мастерских. Анамнестические сведения испытуемый сообщает формально, односложно. В беседах на отвлеченые темы выявляет резонерство, элементы соскальзывания. Врачу говорит, что он разговаривает с ним "тенденциями эмоциональных иллюзий". Испытуемый часто неадекватно смеется, объясняет это тем, что у него "свои ассоциации". В пример приводит "воспоминания о черном каблуке". Отмечается склонность его к диссимуляции его болезненных переживаний. При введении амитала с кофеином удалось более подробно собрать анамнестические сведения, а также выяснить, что спит он по ночам "невнимательно", скрывает это от всех, "чтобы не подумали", будто он больной. Часто ощущает, как "кто-то сильный наваливается, душит, давит"; в такие периоды становится трудно дышать, появляются "боли в легком" колющего характера. Нередко, по его словам, бывает "трудно думать", "путаются мысли". "У меня должна одна мысль исходить, а они разные, столько мыслей, как сумасшедшие, сбиваются", — рассказывает испытуемый. Считает, что все его разговоры прослушиваются: "Я давно знал, что у стен есть уши — еще когда тетя подслушивала дома". В тюрьме замечал, что сотрудники милиции "специально" подстраивали ситуации для побега: "хотели доказать, что я преступник". Если бы убежал, то все сказали бы, что "я виноват в убийстве", — поясняет испытуемый. Он не обнаруживает озабоченности создавшейся ситуацией, беспечен, интересы его ограничены "трудовыми успехами" в мастерских. В будущем собирается жениться, "закончить диссертацию". Суждения его паралогичны, непоследовательны. Все происходящее объясняет тем, что "это должно было случиться — такова судьба". Говорит, что он очень любил бабушку, не убивал ее. Заявляет: "Если бы она была жива, она бы сказала, что я ее не убивал". Увидел ее якобы

мертвой, а что с ним было дальше — не знает. Пришел в себя в милиции. Категорически отрицает свое собственноручное признание. Критики к своему состоянию, создавшейся ситуации, содеянному у него нет.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаружены псевдоконкретность, разноплановость мышления, склонность к рассуждательству, недостаточность самоконтроля, эмоциональная неадекватность, некритичность, тенденция к диссимуляции".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что А. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Диагностические выводы подтверждаются данными анамнеза о наступившем у него в пубертатном возрасте характерологическом сдвиге с появлением аутохтонных аффективных приступов, сопровождавшихся нарушениями мышления, неравномерностью мыслительной деятельности с присоединением навязчивостей нелепого характера, рудиментарных идей отношения, элементов синдрома Кандинского. Об этом же свидетельствуют и выявленные при настоящем психиатрическом обследовании характерные для шизофрении нарушения мышления в виде разноплановости, псевдоконкретности, резонерства, элементов соскальзывания, символики с явлениями психического автоматизма, "наплывов и путаницы" мыслей, нарушения критических способностей в сочетании с идеями переоценки собственной личности и характерными эмоциональными нарушениями (неадекватностью, парадоксальностью эмоциональных реакций). Медленное прогредиентное течение шизофренического процесса, на первых этапах заболевания — с неразвернутой, редуцированной продуктивной психопатологической симптоматикой, и наличие психогенного обострения, возникшего в условиях судебной ситуации, с ситуационной окраской клинической картины затрудняли окончательные диагностические и экспертные выводы в период предыдущей экспертизы. Поэтому, как психически больного, совершившего инкриминируемые ему деяния в болезненном состоянии, А. в отношении инкриминируемых ему деяний следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию в настоящее время А. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа".

Анализ болезни А., проведенный автором

Заболевание началось в раннем пубертатном периоде (11-12 лет) и в последующем, до совершения А. правонарушения, развивалось вяло. Первоначальным расстройством явился характе-

рологический сдвиг. У А. появились не свойственные ему ранее личностные особенности, в первую очередь — замкнутость и раздражительность, то есть шизоидные черты. В последующем, примерно с возраста 15 лет, к ним присоединились стертые позитивные расстройства. Среди них основным, наблюдавшимся на протяжении всей болезни, являлась биполярная циркулярность. Субдепрессивные состояния сопровождались апатией и заторможенностью мыслительной деятельности, гипомании сочетались с наплывами мыслей. Аффективные расстройства усложнялись другими, обычно преходящими или возникавшими эпизодически, позитивными симптомами: сверхценной дизморфофобией с сензитивными идеями отношения, рудиментарными идеаторными психическими автоматизмами (симптом открытости, мысленные разговоры), параноидной настроенностью (мысли об отравлении конфетой), навязчивыми движениями (прищелкивания языком), паратимией (неуместный смех). Таким образом, стертые позитивные расстройства отличались полиморфизмом своих проявлений. Отдельные поступки — хождение на четвереньках по кровати в ночное время, попытка написать "книгу о героях", особенности "сватовства" А. — позволяют считать, что нажитые шизоидные компоненты его характера сочетались с изменениями личности типа "фершробен"

Совершению противоправного деяния предшествовало усиление возникавших ранее бредовых расстройств и, возможно, элементов психического автоматизма — идеи отношения, подозрительность к близким, предположения о подслушивании. Появление отсутствовавшего ранее неразвернутого симптома ложных узнаваний также свидетельствует об усилении бредовых расстройств, возможно — о появлении неразвернутого образного бреда.

Психическая травма (следствие) повлекла за собой развитие психоза. Первоначально в его структуре можно было выяить две группы психических расстройств. К первой относились истерические нарушения, возникавшие в форме эпизодов (астазия — падение на пол; мутизм), или же существовавшие более значительные отрезки времени (пуэрильно-псевдодементное поведение). К истерическим расстройствам следует отнести и кошмарные сны с психогенным содержанием. Истерические симптомы могли сочетаться с патетически-экстатическим аффектом. Вторая группа расстройств была представлена бредом преследования, в содержании которого отразилась психогения — преследование осуществлялось работниками МВД.

Видоизменение картины психоза заключалось в исчезновении истерических симптомов и в усложнении психогенно окрашенных бредовых идей отдельными психическими автоматизмами,

также имевшими психогенное содержание — мысленные разговоры А. с прокурором. Наряду с этими расстройствами, у А. отмечались состояния растерянности — ощущение, что он сходит с ума, сопровождаемые выраженным аффектом страха, то есть временами возникало психопатологическое нарушение, уже лишенное психогенного содержания.

Психическое состояние А. в период второй СПЭ в Институте определялось следующими симптомами: а) малосистематизированными, стереотипными по содержанию, психогенно окрашенными бредовыми идеями преследования и отдельными идеаторными автоматизмами (его разговоры прослушиваются); б) несколько повышенным настроением со стремлением к деятельности, переоценкой своего "я" и малой доступностью — для получения анамнестических сведений и данных о настоящем психическом состоянии А. пришлось сделать амитал-кофеиновое растормаживание; в) негативными симптомами в форме различных нарушений мышления, витиеватых высказываний (А. разговаривает "тенденциями эмоциональных иллюзий") и эмоционального обеднения, степень которого установить пока невозможно.

Диагноз: вялопротекающая шизофрения с полиморфными расстройствами — биполярной циркулярностью, параноидной настроенностью, эпизодами отдельных симптомов психического автоматизма и отчетливыми нарушениями мышления. Непродолжительный реактивный психоз возник на фоне вялого процесса и определялся истерическими, в первую очередь пуэрильно-псевдодементными, симптомами, психогенной окраской бреда и бывших ранее психических автоматизмов.

Наблюдение N 2. "Ф., 1933 года рождения. Обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений гражданину Х., повлекших его смерть.

В стационар Института поступил 20 ноября 1969 года. 24 декабря 1969 года и 21 января 1970 года испытуемый был представлен экспертной комиссии Института, но в связи с наличием признаков реактивного состояния решение вопроса о его вменяемости было отложено".

Заключительная СПЭК состоялась 18 февраля 1970 года.

"Со слов испытуемого, медицинской документации и из материалов уголовного дела известно следующее. Раннее развитие испытуемого протекало без особенностей. Из детских инфекций он перенес скарлатину. Школу начал посещать с 8 лет, учился посредственно. Испытывал затруднения в освоении математики. Во втором классе оставался на второй год. Закончил 4 класса, затем работал монтером. Увлекался спортом, особенно футболом. Характеризует себя веселым, общительным. С 1952 по 1956 годы служил в армии. После демобилизации работал водопро-

водчиком, техником на заводе. Закончил 10 классов школы рабочей молодежи. Имел первый спортивный разряд по футболу и с 1956 года до настоящего ареста играл в футбол за заводскую команду. По словам испытуемого, в 1959 году ему была произведена успешная операция удаления мениска правого коленного сустава. В 1963 и в 1964 годах во время футбольных матчей имел ушибы головы с кратковременной потерей сознания. По этому поводу в больнице не лечился, каких-либо нарушений здоровья в последующем у себя не отмечал. С февраля 1969 года до момента правонарушения испытуемый работал электромехаником на электромеханическом заводе. Согласно характеристике, представленной в деле, за время работы на заводе испытуемый замечаний не имел, участвовал в спортивной жизни завода. 13 апреля 1969 года разведен с женой. Алкоголь употребляет с 1952 года, последние полтора-два года перед правонарушением пьет часто, но не опохмеляется. Как видно из материалов уголовного дела, 19 июня 1969 года испытуемый ударил гражданина Х., отчего тот упал, ударился головой об асфальт и получил тяжелые телесные повреждения, от которых умер в больнице. В процессе следствия по настоящему делу испытуемый давал показания, подробно описывал обстоятельства дела, активно защищался. 11 сентября 1969 года испытуемый был освидетельствован АСПЭК, которая пришла к заключению, что Ф. психическим заболеванием не страдает, вменяем. 31 октября 1969 года в судебном заседании испытуемый заявил, что он не может отвечать на вопросы, так как плохо себя чувствует. Как видно из материалов личного дела, в этот же день испытуемый пытался повеситься в камере. С 3 ноября 1969 года до перевода в Институт испытуемый находился в психиатрическом отделении медсанчасти учреждения N ... с диагнозом: “реактивное состояние”.

При настоящем обследовании в Институте установлено следующее. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Заключение невропатолога: “вегетативная дисфункция”.

Психическое состояние. Испытуемый подавлен, при беседе плачет. Испытывает страх, тревогу, утверждает, что кругом него “шпионы”, которые постоянно “переговариваются”, следят за ним, что-то замышляют против него. Сообщает, что слышит “голос” умершей матери. Считает себя виновником ее гибели. В отделении ничем не занят, медлителен, малоподвижен. Большую часть времени проводит в постели, стремится укрыться с головой одеялом. Иногда отказывается от пищи, не объясняя причин. С испытуемыми почти не общается. Экспертным решением не интересуется”.

“На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. обнаруживает признаки временного болезненного

расстройства психической деятельности в форме реактивного состояния (депрессивно-параноидный синдром), принявшего затяжное течение. По своему психическому состоянию Ф. в настоящее время не может предстать перед судом и следствием. Нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа до выхода из указанного болезненого состояния, после чего может быть решен вопрос о его психическом состоянии и вменяемости".

Катамнез (из акта СПЭ Института — сентябрь 1972 года).

"С 12 июня 1970 года испытуемый находился на лечении в психиатрической больнице N 5 Московской области, получал лечение галоперидолом (20 мг), мелипраминoм (25 мг), тизерцином (100 мг) в сутки. Врачи больницы отметили, что состояние испытуемого без тенденции к улучшению. Поведение его было двухплановым. В присутствии врачей он был замкнутым, заторможенным, разговаривал сам с собой. Предоставленный же себе он играл в настольные игры, смотрел телепередачи, проявлял живой интерес к спортивным телепередачам. 16 мая 1972 года экспертная комиссия психиатрической больницы N 5 Московской области пришла к заключению, что Ф. в дальнейшем пребывании на принудительном лечении не нуждается и рекомендовала провести повторную СПЭ в ЦНИИСП им. профессора В.П.Сербского".

Из выписки из истории болезни психиатрической больницы N 5 им. Яковенко (добавление автора).

"На собеседника не смотрит, сидит опустив голову. Руки постоянно в движении, стереотипно потирает подбородок. На вопросы отвечает нехотя, односложно, после длительной ассоциативной задержки, или не отвечает. Анамнестические сведения сообщает путанно, непоследовательно. Временами становится плаксивым, медлителен. Малоподвижен. Поведение упорядоченное. Общается с психопатизированными больными с антисоциальными тенденциями. В процессе длительного наблюдения за больным выявляется установочное поведение. При появлении врача пытается говорить сам с собой".

"На стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Институт Ф. направлен по определению народного суда от 26 июня 1972 года в связи с сомнением в психической полноценности испытуемого. В стационар Института Ф. поступил 14 сентября 1972 года".

"Из материалов уголовного дела медицинской документации и со слов испытуемого известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"По словам испытуемого, он стал замечать с 1965 года, что отношение супруги к нему изменилось, она стала "холодней", "сдержанней и даже безразличной к нему", подозревал, что жена

ему изменяла и окружающие люди из-за этого смеются над ним. Неоднократно следил за женой. С 1968 года увеличил прием алкоголя. Усилилась вспыльчивость, недоверчивость к окружающим. Брак с женой был расторгнут по ее инициативе".

"При настоящем обследовании в Институте выявлено следующее. Со стороны внутренних органов без патологии. Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние. За время пребывания в Институте испытуемый был доступен, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. В отделении молчалив, замкнут, настроение тревожно-подавленное, временами крайне раздражителен и злобен по отношению к испытуемым, медицинскому персоналу. много времени проводит в одиночестве, с испытуемыми не общается. В палате диктует свои условия, постоянно говорит о том, что воздух несвежий, так как закрыты фрамуги. В беседе с врачом напряжен. Высказывает бредовые идеи отношения, ипохондрического содержания, ревности, утверждает, что жена виновата в смерти его сына, матери, что она ему изменяла. Приводит по этому поводу нелепые доказательства. Говорит также о том, что ему необходимо еще посмотреть чемпионат мира по хоккею, а затем заказать себе место на кладбище и сделать мраморные памятники матери, своему сыну и себе. Рисует рисунки стереотипного содержания: на одном рисунке изображает кладбище, три гроба, принадлежащие матери, сыну и ему, футбольный мяч и три голубя, летящие с письмами к гробам. На другом рисунке изображает эмблемы прошедшего и предстоящего чемпионатов мира по хоккею. При напоминании о матери подавлен, плачет, недоволен тем, что на свидание к нему не пустили мать. На замечания, что мать его умерла, настойчиво повторяет, что для него она всегда жива. Неохотно говорит о том, что "в животе у него пусто, все сгнило". Рассказал, что 19 июля 1969 года он ударил гражданина Х. за то, что тот якобы смеялся над ним".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. обнаруживает признаки временного болезненного расстройства психической деятельности в форме затяжного реактивного состояния с депрессивно-параноидным синдромом (не исключена возможность наличия шизофренического процесса). По своему психическому состоянию Ф. в настоящее время не может предстать перед судом и следствием и нуждается в направлении на обязательное лечение в психиатрическую больницу общего типа до выхода из указанного состояния, после чего может быть решен вопрос о его психическом состоянии и вменяемости".

Катамнез (из акта СПЭ Института — октябрь 1973 года).

"С 21 декабря 1972 года по 8 июня 1973 года испытуемый находился на лечении в психиатрической больнице N 1 имени Кащенко в Москве. Психическое состояние в период нахождения испытуемого на принудительном лечении (по данным подлинника истории болезни психиатрической больницы N 1 имени П.П.Кащенко). За период пребывания в больнице испытуемый был насторожен, подозрителен. Предъявлял жалобы ипохондрического характера (в животе "гниет" от лекарств). При упоминании о жене становился злобным, называл ее крысой, обвинял ее в смерти сына и матери. В отделении он много лежал в постели, был ко всему безразличен, ни с кем не общался. Питался избирательно. Не пил компот — говорил, что в компот добавляют вещества, которые влияют на половую способность мужчин. Отмечал, что компот имеет какой-то "необычный" цвет. 26 апреля 1973 года комиссия врачей больницы пришла к заключению, что "в настоящее время признаки реактивного состояния у испытуемого полностью обошлись, однако выявились признаки хронического психического заболевания в форме шизофрении", и рекомендовала направить его вновь на СПЭ в ЦНИИСП имени профессора В.П.Сербского".

Дополнение к психическому статусу Ф. в период проведения ему повторного принудительного лечения (из выписки из истории болезни психиатрической больницы N 1 им. Кащенко, находящейся в истории болезни подэкспертного во время третьей СПЭ в Институте — сделано автором).

"Что-то шепчет, повернув голову в сторону. Говорит, что жена отравила его и мать, подливала отраву в чай. Говорит, что мать его в больнице и ее не пускают на свидание. На рубашке рисовал кресты, говорил, что так нужно. Затем в результате лечения стал общительным, находился в основном в кругу больных, находящихся на принудительном лечении, выходил на прогулку, играл в мяч. Читал, смотрел телепередачи, чифирил. Стал гораздо спокойнее, менее подозрительным, однако считал, что в отделении к нему относились недоброжелательно, "хотят унизить". Всегда уклонялся от беседы, старался незаметно отойти в сторону. В отделении замечено, что обижает дефектных больных, "с наслаждением" запрокидывает им голову назад; старается их унизить, при этом на лице улыбка. На замечания по этому поводу обижается, отрицает все. Критики к состоянию нет. Безразличен к своей судьбе. Говорит, что ему все равно, где находиться".

В стационар Института поступил 3 октября 1973 года.

"Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов испытуемого известно следующее" — дополнение к анамнестическим сведениям, собранным во время первой и второй СПЭ в Институте.

"Два двоюродных дяди по линии матери лечились в психиатрических больницах. У матери испытуемого наблюдалось состояние, когда она не спала ночами, испытывала беспричинные страхи (в юности). В зрелом возрасте часто говорила, что она кого-то боится, что за ней следят, и в 1969 году покончила жизнь самоубийством (повесилась). Приблизительно с 1965 года испытуемый стал замечать, что отношение к нему супруги изменилось. Испытуемый очень сильно переживал разлад с женой, "старался залить тоску водкой". После ухода жены он стал более подозрительным, замкнутым, у него появились беспричинные колебания настроения. В июле 1969 года покончила жизнь самоубийством (повесилась) мать испытуемого; когда он обнаружил это, то пытался сам повеситься, но его удалось спасти. Со слов тетки испытуемого (сведения из подлинника истории болезни N ... психиатрической больницы N 1 имени Кащенко), он очень тяжело пережил смерть матери, не присутствовал на ее похоронах, в течение двух недель он почти ничего не ел, не разговаривал с родственниками, ночью разговоривал сам с собой".

Дополнение к анамнезу (из выписки из истории болезни психиатрической больницы N 1 имени Кащенко, имеющейся в истории болезни Ф. при его повторном (третьем) поступлении в Институт — сделано автором).

"У бабки больного по линии матери были состояния резкого колебания настроения с преобладанием пониженного. В первые годы совместной жизни с женой испытуемый очень хотел, чтобы у них был ребенок. Родился ребенок, но умер совсем маленьким, в его отсутствие. Тогда предположил, что жена его специально погубила, так как не хотела якобы ребенка. Переживал смерть ребенка, стал замечать, что на работе товарищи по команде подсмеиваются над ним, поговаривают о его жене и ее измене. Стал больше думать, что жена изменяет, неверна ему; настроение стало меняться, стал задумчивым, недоверчивым к людям. После ухода жены стал более неразговорчивым, не выходил из своей комнаты, плохо стал спать, стал проверять замки на дверях — закрыты или нет. В июле 1969 года вернулся из командировки вместе со своим товарищем. Дверь в квартиру была закрыта, стучал, никто не открывал. Открыл своим ключом, обнаружил мать в туалете повешенной. Товарищ пошел вызывать неотложную помощь, и пока врачи оказывали помощь матери, повесился на том же месте, где сняли с петли мать. Больного удалось спасти. Мать — нет. 19 июля 1969 года со своим товарищем пошел за курительным табаком к знакомому, которого встретил во дворе. Когда подошел к дому знакомого, то гражданин Х. посматривал на него подозрительно, надсмехался над ним, показывал в его сторону. Не выдержав "насмешки", он толкнул гражданина

Х., тот упал, затем встал, якобы с палкой, и палкой хотел замахнуться на Ф., и снова упал. Затем кто-то вызвал "скорую помощь" и гражданина Ф. увезли".

"При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее. Среднего роста, атлетического телосложения. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние. Испытуемый контакту доступен формально, во время беседы насторожен, напряжен, подозрителен, стереотипно покачивается. На вопросы отвечает кратко, односложно. Анамнестические сведения сообщает крайне неохотно, не всегда в хронологической последовательности. Предъявляет массу ипохондрических жалоб. Заявляет, что жить ему осталось немного и он скоро "умрет", потому что внутри у него все "сгнило" от лекарств и теперь в животе "пустота". При расспросе о правонарушении испытуемый адекватной эмоциональной реакции не дает. Формально признает себя виновным. Говорит, что ударил пострадавшего за то, что тот над ним "смеялся". В отделении он малозаметен, безынициативен. Много времени проводит в пределах постели. Почти ни с кем не общается. Назначенные лекарственные препараты принимает неохотно, после неоднократных напоминаний. Заявляет, что лечат его незаконно, в качестве "эксперимента", и хотят из него сделать "Шурика Завьялова". Эмоционально испытуемый изменен. Мышление его паралогичное, со склонностью к резонерству. Критика к своему состоянию и к сложившейся ситуации у него отсутствует".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. страдает хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении. На это указывают данные анамнеза о наступивших у испытуемого примерно с 1965 года характерных для шизофрении изменениях личности в виде замкнутости, подозрительности, необщительности, сочетающихся с бредовыми идеями отношения и ревности. Об этом свидетельствуют и данные настоящего психиатрического обследования, выявляющие специфические для шизофренического процесса нарушения мышления (непоследовательность, паралогичность, склонность к резонерству) и эмоционально-волевой сферы (неадекватность, монотонность, вялость), сочетающихся с ипохондрическими бредовыми идеями, бредовыми идеями отношения и ревности и отсутствием критики к своему состоянию и сложившейся ситуации. В условиях психогенно-травмирующей ситуации шизофренический процесс протекал с массивными наслоениями психогенной симптоматики, что и дало основание неоднократно ставить испытуемому диагноз затяжного реактивного состояния. Последующее длительное наблюдение за больным и лечение его в условиях психиатрической больницы, анализ динамики болезненного

состояния позволили выявить шизофренический процесс. Поэтому, как душевнобольного, Ф. в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного в указанном болезненном состоянии, следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию Ф. в настоящее время нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Анализ болезни Ф., проведенный автором.

Явные признаки болезни возникли у Ф. в возрасте 32 лет, за четыре года до совершения им правонарушения. Начальные психотические расстройства проявились бредом параноидной структуры: идеи отравления ребенка женой, идеи супружеской неверности, сопровождавшиеся бредовым поведением (проверка действий брачного партнера), идеи отношения. Бред отличался малой степенью систематизации. Однако наличие отчетливого интерпретативного компонента позволяет говорить об исподволь развивающемся паранойяльном синдроме. В возрасте 36 лет произошло усиление интенсивности параноидных бредовых идей (проверка замков в квартире) и их усложнение вербальными галлюцинациями (разговаривал сам с собой в ночное время), то есть возникло галлюцинаторно-бредовое состояние. Оно сопровождалось депрессивным настроением, о чем косвенно свидетельтвует временное усиление пьянства, а также совершенная Ф. серьезная импульсивная суицидальная попытка. В период усложнения картины психоза Ф. и совершает противоправное деяние. В дальнейшем — в частности, в период первой СПЭ в Институте — его психическое состояние могло быть определено как депрессивно-параноидное: наличие тревожно-депрессивного аффекта, сочетавшегося с бредом самообвинения (винил себя в смерти матери), симптомы острого чувственного бреда и вербальные галлюцинации (слышал голос матери), двигательная заторможенность. Последующая трансформация психоза, в том числе и под влиянием лечения, сопровождалась ослаблением тревожно-тоскливого настроения, сменившегося аффектом раздражения и злобы, преобладанием бредовых идей параноидной структуры (отравление, осуществляемое женой и сотрудниками больницы, усиление бывших ранее идей супружеской неверности), а также появлением отдельных нигилистических бредовых идей ("сгнил желудок").

Одновременно с видоизменениями продуктивных расстройств, у Ф. выявились отчетливые личностные изменения, преимущественно в эмоционально-волевой сфере: монотонность

аффекта, безразличие к своей судьбе, злобность и садистическое отношение к беззащитным больным, вялость и безынициативность.

На всем протяжении болезни, в том числе и во время пребывания Ф. в Институте на первой СПЭ, появление или усиление психопатологических расстройств совпадало по времени с воздействием психических травм. После смерти ребенка возникает бредовое отношение к жене (погубила сына, изменяет), сотрудникам по работе (намекают на измены жены); в период, предшествующий разводу, и после него присоединяется депрессия и резко усиливается пьянство; после смерти матери появляются вербальные галлюцинации, усиливается депрессия и параноидный компонент бреда; в период следствия и первой СПЭ в Институте возникает депрессивно-параноидное состояние. Однако расценить последнее как реактивный психоз неправомерно. Можно отнести к реактивной симптоматике лишь содержание бредовых идей самообвинения и вербальных галлюцинаций — реактивную патопластику продуктивных расстройств. Однако она отражала не совершенное правонарушение и судебно-следственную ситуацию, а предшествующую психическую травму — смерть матери. Особенности развития болезни — от паранойяльных расстройств к галлюцинаторно-параноидному с депрессией и в последующем к депрессивно-параноидному состоянию — свойственны эндогенному процессу. Эти закономерности в неполной мере были вскрыты лишь при третьей СПЭ в Институте. Косвенным, но важным признаком наличия у Ф. эндогенного заболевания являются данные генеалогического анамнеза. Двое кровных родственников Ф. в восходящих поколениях — бабка по линии матери и сама мать больного — страдали аффективными и аффективно-бредовыми состояниями; у двух родственников матери по боковой линии отмечались психические нарушения. С момента появления у Ф. галлюцинаторно-бредовых расстройств можно говорить о возникновении у него на фоне вялого течения болезни с паранойяльными симптомами аффективно-бредового психоза. В пользу того, что развившийся психоз скорее является приступом, а не хроническим состоянием, свидетельствуют выраженный аффективный компонент и наследственное отягощение.

Диагноз: приступообразно-прогредиентная шизофрения. Особенность болезни состоит в том, что психические травмы не только усложняли предшествующее вялое течение, но и провоцировали психоз, определявшийся развитием большого синдрома (депрессивно-параноидное состояние). Роль психической травмы проявилась и в психогенной окраске (патопластике) продуктивных расстройств начального этапа психоза (до периода первой СПЭ в Институте).

Наблюдение N 3. "С., 1938 г.р. Обвиняется во взяточничестве и злоупотреблении служебным положением. Поступил в Институт 12 мая 1971 года. 17 июня 1971 года испытуемый представлялся на специальной судебно-психиатрической экспертизе в Институте имени профессора В.П.Сербского, однако в связи с неясностью клинической картины срок наблюдения над испытуемым был продлен на один месяц".

"Из материалов уголовного дела, медицинской документации, со слов испытуемого известно следующее. Мать и родной брат испытуемого страдают шизофренией. Испытуемый рос и развивался правильно. Болел корью, скарлатиной, часто болел ангинами. В школе начал учиться с 7 лет, учился хорошо, окончил 10 классов с серебряной медалью. По характеру общительный, но вспыльчивый, мнительный, легко обижался, "но долго зла не помнил". Выполнял общественные поручения "по комсомольской линии". Увлекался спортом. В 1956 году поступил в политехнический институт. Здесь от выполнения общественных нагрузок уклонялся, так как "это мешало заниматься наукой". Учась в институте, жил в общежитии, так как из дома ушел "из-за плохих отношений с матерью". После окончания института в 1961 году поступил работать на завод. В этом же году женился, от брака имеет дочь. С женой жил плохо ("не сошлись характерами"), в 1966 году развелся с ней. В 1963 году поступил в аспирантуру инженерно-технического института. С 1965 года одновременно работает в институте медико-биологических проблем. В 1967 году аспирантуру закончил. В 1968 году защитил кандидатскую диссертацию, получил степень кандидата физико-математических наук. Как явствует из характеристики, выданной администрацией медико-биологического института, испытуемый работал там сначала старшим инженером, а в марте 1968 года переведен на должность младшего научного сотрудника. У подчиненных испытуемый пользовался авторитетом. Отмечается также, что методы, разрабатываемые испытуемым с соавторами, нашли применение при измерении доз космических излучений. В этой же характеристике отмечается несколько поверхностный подход испытуемого к решению научных проблем и склонность к индивидуальной работе. С 1968 года испытуемый совмещал работу в заочном политехническом институте. В ноябре 1969 года испытуемый прошел по конкурсу на должность доцента кафедры общей физики политехнического института и уволился из института медико-биологических проблем. Как явствует из характеристики этого института, испытуемый выполнял все виды учебной работы. Имеет много печатных работ, посвященных вопросу космических исследований. В 1970 году испытуемый

женился вторично, от этого брака имеет одного ребенка. Травмы головы отрицает. К психиатрам ранее никогда не обращался. Далее из материалов уголовного дела известно, что испытуемый, работая в политехническом институте, получал взятки за оказание содействия абитуриентам при поступлении в институт. Кроме того, как явствует из материалов дела, известно, что, злоупотребляя служебным положением, он выставлял положительные оценки абитуриентам без проверки их знаний и оказывал им другую незаконную помощь при сдаче вступительных экзаменов. После привлечения к уголовной ответственности испытуемый сначала отрицал, что брал взятки, однако в последующем заявил, что злоупотреблял служебным положением и выставлял отметки абитуриентам без проверки их знаний по просьбе сослуживцев по работе; указал также, что получил взятку за оказание содействия при поступлении в институт от Г. и Т. Но в последующем снова стал заявлять, что взяток "ни от кого никогда не брал". С начала апреля 1971 года у испытуемого появились странности в поведении — он не стал знакомиться с материалами дела, стоял у окна, устремив взгляд в одну точку, не отвечал на вопросы следователя. 25 апреля 1971 года разделся до пояса, бегал по камере, ударил подсудимого. При осмотре врача заявил, что он "сумасшедший", таращил глаза, сказал, что "где-то что-то стукнуло" и он испугался. 26 апреля 1971 года испытуемый, находясь в отдельной камере, набросился на дежурного, вошедшего в его камеру, и пытался его душить. С 27 апреля 1971 года по 12 мая 1971 года с диагнозом: "реактивное состояние" находился в больнице санчасти подразделения п/я ... . Там в первые дни был агрессивным, настороженным, дезориентированным во времени, не понимал обращенных к нему вопросов. Когда был переведен в общую палату, продолжал вести себя неправильно, плохо спал по ночам, будил подсудимых, сообщал им, который час, предлагал "огурчик". Ходил по палате обнаженный, совершал стереотипные вальсирующие движения, не отвечал на обращенные вопросы. 7 мая 1971 года собрал в кучку на полу бумагу и поджег ее. Пищу принимал нерегулярно. В санчасти испытуемому проводилось лечение аминазином. 12 мая 1971 года испытуемый выбыл из санчасти без заметных перемен в психическом состоянии".

"При обследовании в Институте установлено следующее. Соматическое состояние — без особенностей. Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние. При поступлении целенаправленному контакту недоступен, растерян, дезориентирован во времени, знает, что находится в Институте судебной психиатрии. Однако с какой целью помещен в него, не объясняет. В отделении ведет себя неправильно, настороженно оглядывается по сторонам,

бесцельно бродит по отделению. Отбирает у испытуемых передачи от родственников, а от своей отказывается, заявляя, что она “несвежая”. Обыскивает постели испытуемых, лезет к ним в карманы и, если находит папиросы или продукты, забирает себе. Во время обхода врачей, не обращая внимания на них, что-то жует, на вопросы отвечает не по существу. От приема лекарств отказывается. Пытается их незаметно спрятать и выбросить. Беспокоен, тревожен. Беседует с врачом неохотно, очень скупо сообщает сведения о себе и по делу. Совершенное правонарушение отрицает, заявляет, что никаких взяток не брал. После проведенного лечения поведение в отделении стало заметно упорядоченнее. Охотно рассказал о переживаниях, которые “перенес в тюрьме”. Рассказал, что в период, когда стали “закрывать его дело”, с ним “стало твориться что-то неладное”. Когда стал знакомиться с материалами дела, “заметил”, что показания были “совершенно не такие”, какие давал он, но под ними стояла его подпись. На следующий день ему показали “другое дело”, там было “ближе к истине, но тоже не то”. Стал замечать с того времени, что при допросах и в камере с ним “стали происходить непонятные вещи”. “Заметил”, что при взгляде на него одного из защитников у него появилась “тяжесть в голове, ощущение, что кто-то давит на мозги”. В камеру в тот же период поместили какого-то старика, “заметил, что в его присутствии стал очень много думать”, “не понимал, где — бодрствование и мысли, где — сон и сновидения”. “Процесс мышления шел непрерывно”. “Понял”, что мозг находится под действием гипноза, отметил, что мозг стал работать “как электронно-вычислительная машина”. О деле стал считать, что оно составлено “тенденциозно”. По его мнению, следователи МВД СССР хотели “доказать” его вину, а следователи МВД Грузии “делали все, чтобы уменьшить вину Грузии или закрыть их дела”.”Появилась мысль”, что устройство грузин — это не главное. Это делалось для того, чтобы завести “учебное дело”, а затем исправить диплом на другое лицо. “Решил”, что в этом замешаны крупные лица из Грузии, а абитуриенты — подставные лица; “пришел к выводу”, что этим руководят извне, из-за границы и “ставится цель насадить на руководящие посты людей неграмотных, и тем самым развалить промышленность”. Что с ним происходило дальше и в какой последовательности, точно рассказать не может, так как “под влиянием проводимых экспериментов появились провалы памяти”, многое помнит “смутно, отрывочно”. Казалось, что вокруг него находятся “друзья и враги”. “Друзьями были молодые следователи в форме курсантов”, “врагами — старые следователи и охранники”. С друзьями общался мысленно, мысленно получал от них советы, как держаться; чувствовал, что

они относятся к нему с симпатией. Вспоминает, что после драки в камере его водили из камеры в камеру. В каждой из камер, по его словам, он выглядел по-разному. В одной из камер он выглядел "как собака", ощущал вокруг себя запах собачьего вивария; в другой — "как женщина", в третьей — "как мужчина". "Охранники", соответственно, обращались с ним по-разному: "то насвистывали, как собаке", то говорили о нем "она", постоянно пугали его, обзывали нецензурной бранью. В одной из камер ему казалось, что она разделена как бы на две половины. Одна была похожа на душегубку — в этой половине слышал немецкую речь. Однажды, находясь на этой половине, слышал песню человека, которого вели на расстрел. Считал, что в этой половине "идет 1941-1942 гг."; "вторая половина относилась к нашему времени", но тоже было ощущение, что идет судебный процесс. Считал, что служит источником для передачи информации, чувствовал, как проходит волна через тело, слышал треск электричества в волосах, тело изгибалось особым образом. Во время передач, когда находился в тюрьме, казалось, что произошли изменения в теле. Изменялось лицо, отсутствуют некоторые внутренние органы, казалось, что нет левой почки, это передняя часть — его, а задняя часть — женская. Постоянно испытывал на себе "кинэстетическое воздействие", не знал заранее, что сделает, так как постоянно ощущал на себе воздействие посторонней силы. Не мог читать книг, так как смысл фраз до него не доходил, казалось, что книги составлены из набора отдельных фраз. Первое время в Институте казалось, что над ним проводятся эксперименты, казалось, что здесь находятся люди, способные, как и он, воспринимать и передавать мысли, "создавалось впечатление", что и здесь существуют различные группировки. Потом "стал чувствовать, что приходит в нормальное состояние", то есть утратил способность передавать и воспринимать мысли. Стал упорядоченным в поведении, участвует в трудовых процессах внутри отделения. Во время беседы с врачом часто на глазах появляются слезы. Частично критичен к перенесенному состоянию, понимает, что "ненормальным явлением" были "переходы из одного времени в другое". Считает, что по болезненному состоянию ему казалось, что он "представитель контрразведки", однако, все так же убежден в том, что в тюрьме над ним производили эксперименты, действовали гипнозом; убежден, что под действием этих экспериментов он обладал способностью мысленно общаться с некоторыми людьми. Экспериментально-психологическое исследование выявило снижение активного внимания, некоторые затруднения в оперировании смысловыми понятиями, инертность, аморфность мышления, снижение критики".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что С. в период времени, относящегося к правонарушению, психическим заболеванием не страдал. Как видно из его анамнеза и материалов следственного дела, он в тот период времени каких-либо признаков расстройства психической деятельности не обнаруживал. Поэтому в отношении инкриминируемого ему деяния С. следует считать вменяемым. В процессе следствия у испытуемого развился реактивный психоз с шизофреноподобной симптоматикой. Об этом свидетельствуют временнáя связь между возникновением психоза и нарастающей психотравмирующей ситуацией, яркость предъявляемой симптоматики, звучание в клинической картине заболевания ситуационного фактора при общей сложности психотической структуры, напоминающей приступ периодической шизофрении. В связи с неполным выходом из указанного психотическиго состояния, в настоящее время С. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа до выздоровления, после чего он может предстать перед следствием и судом".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — сентябрь 1972 года).

"С 15 сентября 1971 года по 3 июля 1972 года испытуемый лечился в психиатрической больнице N 15 города Москвы. В больнице был заторможенным, малообщительным. Продуктивной психотической симптоматики не было выявлено. В истории болезни отмечена некоторая холодность, монотонность. Испытуемому был поставлен диагноз: "шизофрения, шубообразная".

"Повторно поступил в Институт 3 июля 1972 года в связи с сомнениями в правильности заключения о вменяемости испытуемого, данного при стационарном обследовании в мае-июле 1971 года. 9 августа 1972 года испытуемый был представлен экспертной комиссии Института, однако в связи с неясностью клинической картины вопрос о его психическом состоянии и вменяемости решен не был".

Повторная СПЭ была проведена испытуемому 13 сентября 1972 года.

"Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела и медицинской документации" — дополнения к первоначальному анамнезу.

"По характеру был общительным, жизнерадостным, впечатлительным. По словам испытуемого, в 1965 году у него возник конфликт с руководителем лаборатории, в которой работал испытуемый. Он стал раздражительным, быстро утомлялся, плохо спал. В связи с этим ему якобы был предоставлен академический отпуск. В 1968 году у испытуемого появилась подозрительность,

страх; казалось, что за ним следят, преследуют его. Это продолжалось около двух недель. Сам испытуемый объясняет это тем, что в то время он занимался секретными исследованиями и боялся нападения. Подобное состояние повторилось в 1969 году".

Дополнения к анамнезу (взяты автором из выписки из истории болезни больницы N 15, имеющейся в истории болезни Института при второй СПЭ, июль-сентябрь 1972 года).

"Бабка по линии отца, по некоторым сведениям, отравилась. Бабка по линии матери была очень трудной по характеру, истеричной, часто убегала из дома. Была холодной и эгоистичной. В раннем детстве был грубым, раздражительным, не очень ласковым, послушным. Предпочитал играть с детьми, но игры не получались. Предпочитал размышлять, анализировать, и это ограничивало его участие в играх. Был физически неразвитым, переживал это, и насмешки ребят его ранили. В 1949 году, во время учебы в 4 классе, как-то особенно полюбил мать. По утрам просыпался в страхе, что с ней что-то случилось. Такое состояние длилось несколько месяцев, а потом прошло. К отцу относился холодно, боялся его; в то же время, когда прошло это состояние и опасения в отношении матери, к отцу стал относиться лучше, чем к матери. По характеру с 8-10 классов стал менее общительным, меньше стал бывать с друзьями. Ночью временами просыпался в страхе, но потом успокаивался. После поступления в институт с родными все более ухудшались отношения без видимых на то причин. Усилилась вспыльчивость, раздражительность. К матери стал более недоброжелателен. Настоял на том, чтобы ему сняли комнату для занятий. Дома бывал редко, совершенно не интересовался домашними делами. В 1961 году, по окончании института, переехал в Москву и с этого времени почти прервал связь с родными. В 1965 году был стационирован в связи с неуверенностью и аффективными колебаниями (выписку из истории болезни отказался выслать в адрес больницы проректор института С.). В 1968 году впервые расстроился сон, был тревожен, чувствовал, что за ним наблюдают. Проверял это особым способом: клал под окно какие-то предметы, наутро вставал и видел, что они были передвинуты. Однажды как бы заметил мнимого преследователя, погнался за ним, догнал и привел в милицию. Однако ничего не было выявлено. Такое состояние длилось в течение 2-3 месяцев, затем стал спокойнее. Появилось чувство ревности к жене, упрекал ее в этом, проверял ее, устраивал нелепые скандалы. Как человек стал менее интересен, больше молчал во время встреч. Летом 1969 года, во время поездки с женой, несколько раз менял автобус, считал, что за ним следят. По возвращении из отпуска оставался холодным, каким-то монотонным. Оставался подозрительным, не объяснял причин тревоги, ревность прошла. В ноябре 1969 года перешел на другую

работу. Новая работа очень нравилась. Настроение оставалось сниженным. На этом фоне стал считать, что у него какая-то болезнь почек. Обращался по этому поводу к врачам, однако у него ничего не находили. Занимался самолечением. В конце 1969 года вновь появилась подозрительность. Стал говорить, что за ним кто-то следит. Не подходил к телефону, когда звонили. Иногда подолгу не спал, выходил из квартиры, говорил, что в подъезде кто-то стоит".

"При обследовании в Институте в настоящее время выявлено следующее. Со стороны внутренних органов и нервной системы патологических изменений нет.

Психическое состояние. Испытуемый вял, заторможен. Во время беседы не смотрит на собеседника, говорит тихим голосом, односложно. Жалуется на головные боли, повышенную утомляемость, бессонницу, подавленное настроение. Подробно рассказывает о перенесенных в прошлом болезненных переживаниях. Критика к ним недостаточная. При разговоре о правонарушении волнуется, плачет, утверждает, что невиновен, что его арестовали по недоразумению. В отделении испытуемый незаметен, малообщителен, много времени проводит в постели. Иногда читает. Настроение снижено".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что С. обнаруживает временное болезненное расстройство психической деятельности в форме реактивного состояния, принявшего затяжное течение. В связи с этим он нуждается в направлении на обязательное лечение в психиатрическую больницу общего типа до выхода из указанного состояния с последующим возвращением в Институт для решения вопросов о психическом состоянии и вменяемости испытуемого".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — март 1973 года).

"Поступил в больницу N 15 города Москвы 5 октября 1972 года. Как видно из подлинника истории болезни этой больницы, испытуемый первые месяцы пребывания в отделении был тоскливым, подавленным, отмечались суточные колебания настроения с некоторым улучшением к вечеру. На первый план в переживаниях больного выступили ситуационные мотивы и откровенное стремление быть признанным невменяемым, то страх, что действительно болен психически, которое больной видел в основном в ощущении холодности к близким. Осознавал, что перенес в заключении психотическое состояние, с назойливостью рассказывал о нем. Вместе с тем, с недостаточной критикой относился к тем психотическим эпизодам, которые имели место до ареста. Отмечалась склонность к паранойяльной трактовке поступков и поведения окружающих — жены, медицинского персонала, врача. Несмотря на довольно высокий интеллект, не

мог выработать единой линии поведения, не имел четких планов, был то амбивалентен, то растерян, то крайне обстоятелен в вопросах, особенно касающихся обстоятельств дела, бредовых переживаний. Комиссия больницы пришла к заключению, что С. из реактивного состояния вышел, однако обнаруживает признаки хронического психического заболевания в форме шизофрении (шубообразная)".

Был переведен в Институт, куда "поступил 20 марта 1973 года. 18 апреля 1973 года испытуемый представлялся экспертной комиссии Института, но в связи с неясностью клинической картины срок пребывания С. на экспертизе был продлен на один месяц".

Заключительная комиссия состоялась 4 июня 1973 года.

"Со слов испытуемого, со слов его отца и жены, из медицинской документации и материалов уголовного дела известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Рос с интеллектуальным опережением. Сразу же поступил во 2 класс. Со 2 класса как-то особенно привязался к матери. По ночам часто в страхе просыпался, подбегал к матери, смотрел, жива ли она, боялся, что она может умереть. Такое состояние держалось несколько месяцев, а затем прошло. С 8-9 классов, без внешнего повода, испытуемый изменился по характеру, стал менее общительным, избегал друзей. Ночью временами просыпался в страхе, но потом успокаивался. Неожиданно для себя "обнаружил способность мысленно заканчивать разговор других людей, знал, что они думают. Все они поступали в соответствии с его мыслями". Учась в институте, по характеру оставался малообщительным. Много внимания уделял учебной программе, хорошо учился. С родными отношения без видимых причин все более ухудшались. Усилилась вспыльчивость, раздражительность. Появилось чувство недоброжелательности к матери. В возрасте 17 лет обратился к отцу с просьбой жить отдельно, требовал выполнения этой просьбы. Испытуемому сначала сняли комнату, а затем он перешел в общежитие. Близких друзей также не появилось. В 1965 году, по словам испытуемого, обращался к невропатологу с жалобами на бессонницу, колебания настроения, неуверенность в себе. Примерно в 1965-1966 годах появилось недоверие к научному руководителю, ряд заданий последнего расценивал как стремление использовать работы его исследований, а затем отчислить из аспирантуры, обвинив в неправильно проводимой работе. Считал, что научный руководитель, зная об успешном завершении работы испытуемого, "специально" дает ему задания, "заведомо невыполнимые".

"При обследовании в Институте установлено следующее. В соматическом статусе без особенностей. Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние: испытуемый формально правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Лицо амимичное, говорит тихим, монотонным голосом. Манерен. При поступлении в первые дни пребывания в Институте испытуемый жаловался на апатию, потерю интереса к окружающему: "Все время в постель тянет". Говорил, что будущее рисуется ему в самых мрачных красках: он не сможет вернуться к работе, быть достойным отцом. Фон настроения был снижен, временами возникало ощущение "тоски в сердце". Ссылался на "противоречивость внутренних ощущений и движений души". Контакт с испытуемым носил формальный характер. После свидания с женой чувствовал ее "непереносимость", и от этого ему становилось еще тяжелее. Считал ее "неискренней", убежден, что она неверна ему, хотя об этом говорил не прямо, а только намеками. Постоянно спрашивал врача мнение о ней, по секрету просил сообщить, "стоит ли быть ей мужем". В отделении был необщителен, подавлен, тосклив, несколько подозрителен, тревожен, склонен к болезненой интерпретации поступков окружающих. После лечения нейролептиками состояние испытуемого изменилось. Он стал несколько активнее, начал играть в настольные игры, читать художественную литературу, газеты. Испытуемый при чтении книг отмечает "затруднения", так как иногда у него появляются "другие мысли", "мысли перебиваются". Много времени уделяет своей внешности, ухаживает за кожей лица, считает ее "увядшей", тщательно и систематически занимается гимнастикой. Озабоченности по поводу пребывания в Институте не проявляет. О правонарушении говорит, что это "среда его оговорила". Он "сам виноват во всем, не надо было бы подписывать протоколы и слушать следователя". Критика к своему состоянию и содеянному отсутствует".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что С. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Учитывая данные анамнеза, объективные сведения о поведении испытуемого, можно прийти к заключению, что шизофренический процесс у испытуемого начался еще в подростковом возрасте, когда он изменился по характеру, стал вспыльчивым, раздражительным, менее общительным. У него возникло отчуждение, недоброжелательство и холодность к родным, появились немотивированные колебания настроения, периодически возникали нерезко выраженные идеи отношения и преследования. Болезненный процесс в течение ряда лет отличался медленным, вялым течением, протекал в основном без ярких манифестных проявлений и не сопровождался грубым дефектом психики. Первый манифестный аффективно-бредовой приступ шизофрении с психогенными компонентами у испытуе-

мого возник в связи с психогенно-травмирующей ситуацией (задержкой испытуемого, обстановкой следствия) и оставил после себя дефект психики, характеризующийся эмоциональным снижением, вялостью, снижением инициативы и отсутствием критики к перенесенному им психотическому состоянию. Наряду с этим, у испытуемого отмечаются выявленные при экспериментально-психологическом исследовании явления психической астении в виде рассеянности, несобранности мыслей, тенденция к рассуждательству, неравномерность и снижение продуктивности психических поцессов. Указанные особенности болезненного процесса и особенности клинической картины при помещении С. в 1971 году в Институт имени профессора В.П.Сербского, наличие в переживаниях испытуемого большого количества психогенных компонентов, возникших как реакция на следственную ситуацию, дали основание к заключению о наличии у испытуемого в тот период времени выраженного болезненного расстройства психической деятельности в форме реактивного состояния и о его вменяемости. Однако последующее наблюдение С. в психиатрических больницах и при повторных поступлениях в Институт, выявившее у испытуемого наличие характерных для данного заболевания нарушений мышления (паралогичность, резонерство) в сочетании с эмоционально-волевыми изменениями (неадекватность, монотонность, вялость, периодические немотивированные колебания настроения, безынициативность и снижение активности) указывают на наличие у него шизофрении. Поэтому, как страдающий хроническим психическим заболеванием, в отношении инкриминируемых ему правонарушений следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию С. в принудительном лечении не нуждается. Нуждается в направлении в психиатрическую больницу общего типа на лечение на общих основаниях".

Анализ болезни С., проведенный автором.

С. заболел в детстве. Его болезнь развивалась в форме усложняющихся со временем приступов, основу которых составляли аффективные и бредовые симптомы. Всего С. перенес 6 приступов. Первые два возникли в детстве (7-8 лет) и в пубертатном периоде. Оба приступа имели отчетливую "возрастную" окраску, выражавшуюся в форме интенсивных страхов, появлявшихся то при пробуждении (под утро), то в ночное время. В детском возрасте страх имел конкретное содержание (внезапная смерть матери) и сопровождался тревогой с двигательным возбуждением (подбегал к кровати матери и проверял, жива ли она). Таким

образом, в первом приступе страх сопровождался рудиментарным бредовым компонентом. В пубертатном периоде (второй приступ) возникал недифференцированный ночной страх, а в дневное время — отдельные идеаторные автоматизмы (способность "узнавать чужие мысли"). Последующие три приступа — в 27, 30 и 31 год — имели уже четкую аффективно-бредовую структуру. Афективные расстройства проявлялись тревогой и депрессией; бредовые идеи имели преимущественно параноидное содержание (руководитель "хочет воспользоваться результатами его исследований", неизвестные лица "замышляют что-то против него", за ним "наблюдают"), но могли проявиться и в форме ипохондрии. В IV и V приступах возникало бредовое поведение — раскладывал по-особому предметы, менял транспорт во время поездок, занимался самолечением и т.д. Такое поведение свидетельствует о нарастании интенсивности психических расстройств. О том же говорят и появившиеся после четвертого приступа бредовые идеи супружеской неверности — проверка брачного партнера.

Таким образом, с 27 лет отмечается учащение приступов с появлением в дальнейшем в межприступных промежутках паранойяльных расстройств.

Последний, шестой приступ возник после психической травмы (арест, следствие). В его развитии можно выделить несколько этапов. Вначале появлется растерянность — "стало твориться что-то неладное", в чем С. не мог разобраться (аффект недоумения). Затем возникла бредовая трактовка окружающего и ментизм ("процесс мышления шел непрерывно"), а также идеи психического воздействия — то есть симптомы идеаторного психического автоматизма. При дальнейшем усложнении психоза возник манихейский бред — борьба двух систем МВД, в центре которой находился С., а также другие бредовые идеи фантастического содержания. Сочетание этих расстройств позволяет диагностировать острую парафрению. Одновременно появляются кататонические симптомы. Состояние возбуждения проявлялось пластическими действиями (вальсирование) или импульсивными, в том числе и агрессивными, поступками. Идеаторный автоматизм усложнился психическими галлюцинациями — мысленные разговоры ободряющего содержания. С момента появления бреда метаморфозы (превращение в собаку, в женщину и т.д.) появляется расстройство самосознания — возникает онейроид. В этот период окружающее частично воспринималось как прошлое. С. переносился в ситуацию Великой Отечественной войны: душегубка, расстрел, немецкая речь. Содержание онейроида свидетельствовало о наличии депрессивного его варианта.

В начальный период пребывания С. в Институте на первой СПЭ (1971 год) его состояние определялось симптомами острой парафрении, растерянностью. О наличии растерянности мог свидетельствовать в то время отчетливый гиперметаморфоз. В последующем — часть периода первой СПЭ, лечение в психиатрической больнице, повторная СПЭ — у С. отмечалась витальная депрессия с суточными колебаниями настроения и предсердечной тоской. Именно в это время С. начал с подробностями рассказывать о содержании бывшего у него психоза, и чем лучше становилось его состояние, тем подробнее ("с назойливостью") он говорил о нем. Такая диссоциация между обилием психопатологических расстройств в период манифестного психоза, сопровождавшихся малой доступностью или просто недоступностью С., и тем, как он охотно говорил о своем состоянии в последующем, при улучшении психического состояния — один из кардинальных признаков наличия в прошлом онейроидного помрачения сознания. Доступность С. в отношении психопатологических расстройств последнего приступа свидетельствует о его достаточно полном критическом отношении к перенесенному психозу; критическое отношение к предыдущим психическим расстройствам — в III-V приступах — отсутствовало. Психическое состояние С. в период третьей СПЭ в Институте можно определить как становление ремиссии.

Особенности негативных расстройств С., выявленные в период последней СПЭ, во многом соотносятся с его изначальными личностными особенностями. С детства у С. отмечались шизоидные черты: "неумение" общаться с окружающими, склонность к размышлениям и анализу, а также грубость и раздражительность. Последние свойства характера С. могут свидетельствовать о врожденной или рано приобретенной эмоциональной измененности. Кроме шизоидных черт, у С. следует отметить черты ускоренного дизонтогенеза и высокий энергетический потенциал. По контексту анамнеза можно сделать предположение об односторонности интересов С. (учеба, работа) и отнести его к личностям шизоидного склада с чертами "монотонной активности" (В.М.Морозов).

Наступившие в последующем личностные изменения касались в первую очередь постепенного снижения эмоциональности С., наиболее отчетливо проявившегося в нарушении взаимоотношений с близкими. Заметных нарушений работоспособности до начала последнего психоза у С. не было.

Среди негативных расстройств при последней СПЭ обращают на себя внимание эмоциональная монотонность и неглубокие расстройства мышления. Оценить глубину эмоциональных нарушений трудно, так как приступ болезни в то время еще не кончился. О достаточной эмоциональной сохранности С. свидетель-

ствуют: понимание им того, что он был болен психически, вследствие чего может потерять семью и работу, а также осознание им своей эмоциональной измененности по отношению к близким.

Психическая травма отражалась в начальный период развития психоза в содержании бреда: упоминание о лицах грузинской национальности, которые, возможно, давали С. взятки, особенности манихейского бреда — борьба двух групп МВД — позволяли говорить о психогенной патопластике бреда, имевшей преходящий характер. При углублении психоза психогенный компонент исчез. Психическая травма имела большее значение для возникновения психоза и, возможно, углубления бывших прежде психопатологических расстройств.

Приведенные данные позволяют с большой долей вероятности диагностировать у С. психически провоцированный приступ в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении. Косвенным, но очень весомым доказательством наличия у С. эндогенного процесса является наследственный фактор: отягощение шизофренией в восходящем поколении (мать) и в поколении самого пробанда — брат С.

Наблюдение N 4. "Ф., 1937 г.р. Обвиняется в спекуляции. На экспертизу в Институт поступила 10 октября 1980 года. Из материалов уголовного, личного дел, по данным медицинской документации и со слов испытуемой известно следующее.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась она первой из трех детей. Болела редко, перенесла детские инфекции, несколько ушибов головы. Росла в обстановке постоянных семейных конфликтов. По характеру была несколько замкнутой, обидчивой, ранимой, капризной. В школе успевала хорошо, увлекалась художественной литературой, музыкой. С учениками была в меру общительной, недостаточно откровенной, разборчивой в выборе друзей. Стремилась к лидерству, любила быть в центре внимания. По окончании средней школы поступила в Башкирский университет, окончила его в 1959 году. В течение трех лет работала преподавателем физики в городе С., а с 1962 по 1977 гг. — в разных школах города Уфы. Часто меняла места работы. Друзья испытуемой, как видно из их показаний в уголовном деле, характеризуют ее положительно. Сестры испытуемой, кроме повышенной раздражительности и вспыльчивости, никаких странностей у нее не отмечали. Личная жизнь у испытуемой не сложилась. Замуж она не выходила. В 1977 году испытуемая произвела обмен своей однокомнатной квартиры в городе Уфе на жилую площадь в коммунальной квартире в Подмосковье. В последующем она произвела еще не-

сколько обменов в Московской области, по ее словам — из-за конфликтов с соседями. Последние, в свою очередь, характеризуют ее как конфликтную, "склочную", но "осторожную" женщину. С 1977 года до момента ареста испытуемая постоянно нигде не работала, лишь временно замещала заболевших сотрудников в различных вечерних школах Москвы. У психиатров ранее не лечилась. Как видно из материалов уголовного дела, в 1978-1979 гг. испытуемая систематически занималась спекуляцией. 18 ноября 1979 года она была арестована. В первых показаниях испытуемая свой поступок объясняла тем, что ей нужны были деньги для обмена подмосковной жилой площади на квартиру в Уфе. Во всех последующих показаниях, не отрицая факт перепродажи ею по завышенной цене сапог на промтоварном рынке города Калуги 18 ноября 1979 года, она активно и целеустремленно защищалась, стремилась опровергнуть факты, свидетельствующие о ее спекулятивной деятельности в 1978-1979 гг. В СИЗО испытуемая часто отказывалась от еды, утверждала, что ее "травят". В судебном заседании она беспричинно улыбалась, была раздражительной, жаловалась на головную боль. В период проведения АСПЭК, 21 марта 1980 года, испытуемая была подавленной, двигательно заторможенной, предъявляла жалобы соматического характера; наряду с этим, ее поведение было демонстративным".

"При обследовании в Институте в настоящее время установлено следующее. Заключение терапевта: "гипертоническая болезнь, хронический холецистит, хронический гастрит". Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние. Поведение демонстративное. С первых же дней поступления в Институт стремилась к беседе с врачом, при этом с готовностью сообщала о своем плохом самочувствии в период пребывания в СИЗО. С большой эмоциональной охваченностью говорила о "неправильном" отношении администрации изолятора к арестованным; утверждала, что следователь специально помещал ее в разные камеры с целью выявить у нее различные "пороки" и усугубить ее вину. В последующем испытуемая стала подозрительной, не раскрывала своих переживаний, многозначительно поглядывала на собеседника, немотивированно улыбалась, постоянно поучительным тоном задавала встречные вопросы, заявляла, что врач недостаточно подготовлен к беседе. Анализировала и сопоставляла высказывания врача, утверждала, что администрация тюрьмы и следователь "связаны" с экспертами, "информируют" их о ее прошлой жизни, поступках, "специально создают" конфликтную ситуацию в палате, "ставят эксперименты" с целью "усилить ее виновность". Сообщая об этом, испытуемая становится напряженной, покрывается красными пятнами. Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы

испытуемая эмоционально более адекватна, держалась с достоинством, стремится подчеркнуть свой высокий интеллектуальный уровень. Охотно говорит о своих друзьях, увлечениях, обнаруживает высокое самомнение, стремится быть в центре внимания. Не отрицает, что у нее высокий уровень притязаний. При расспросах о правонарушении активно защищается, вину свою признает только частично. В отделении она чаще подавлена, держится обособленно, временами театральна, жеманна. Требует к себе особого внимания, настойчива. Постоянно конфликтует с испытуемыми, "уличает" их в нечестных поступках, фиксирована на этом, утверждает, что по заданию врачей испытуемые преднамеренно неправильно оценивают ее "посильную трудовую деятельность". Отказывается от передач, приносимых сестрой, пишет ей короткие деловые записки с указанием конкретных действий. Мышление испытуемой не всегда последовательное. Суждения часто паралогичны, иногда своеобразны. Эмоционально неустойчива, временами неадекватна. К своему состоянию и сложившейся ситуации относится недостаточно критично".

Данные экспериментально-психологического исследования от 4 ноября 1980 года (взяты автором из истории болезни Ф.).

"Во время исследования испытуемая продуктивному контакту недоступна. К вопросам относится негативно, отсылает экспериментатора к своему уголовному делу. Подозрительна, говорит тихо и требует того же от исследующего, считает необходимым прочитать то, что им написано, отказывается от выполнения заданий, требующих письменной продукции или рисунков, не называет свою национальность, преподаваемый ею предмет и т.д. При общении испытуемая манерна, кокетлива. К экспериментальным заданиям относится настороженно, свои ответы не повторяет и не исправляет ("как Вы записали, так я и понимаю"). При экспериментально-психологическом исследовании выявлены нарушения мыслительной деятельности в виде искажения процессов обобщения, актуализации латентных признаков, патологического полисемантизма, тенденция к резонерским рассуждениям на фоне выраженного негативизма, настороженности и эмоциональной неадекватности".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что в настоящее время, в связи с наличием у Ф. признаков реактивного состояния (реактивный параноид), развившегося в период следствия (приблизительно с марта 1980 года) и принявшего в условиях психотравмирующей ситуации затяжное течение, решить вопрос о ее вменяемости не представляется возможным. Поэтому ее следует направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Катамнез (из акта СПЭ Института — сентябрь 1981 года).

"Как видно из акта N ... от 28 января 1981 года, в период пребывания на принудительном лечении в Калужской психиатрической больнице в отделении испытуемая длительное время оставалась напряженной, конфликтной, подозрительной, агрессивной, высказывала идеи преследования и воздействия".

На повторную экспертизу в Институт испытуемая поступила 11 сентября 1981 года.

"Из материалов уголовного дела, личного дела, по данным медицинской документации и со слов испытуемой" — дополнения к первоначальному анамнезу.

"Часто меняла места работы в городе Уфе из-за постоянных кофликтов с учениками, администрацией, которые, по ее мнению, "специально" создавали для нее невыносимые условия, урезали количество часов, стремились "унизить" ее, "вывести" из равновесия, чтобы от нее избавиться, "намекали" на ее одиночество, так как знали, что ее никто не защитит. В связи с этим, она испытывала "нервозность", плохо ела, спала, настроение было стойко пониженным, в голове постоянно чувствовала "гул, шум, звонки", не могла сосредоточиться при ведении уроков. Лечилась по этому поводу у терапевта, невропатолога, психиатра. От окружающих тщательно скрывала свое состояние, а чтобы скрыться от психиатра, периодически вызывавшего ее для осмотра, произвела обмен квартиры. С родственниками, соседями постоянно конфликтовала.

В СИЗО длительное время вела себя неправильно: не выполняла указаний администрации, нецензурно бранилась, дралась, отказывалась от передач, не ела, утверждала, что ее "травят", находила в пище "яд в виде шариков", собирала и хранила у себя мусор, писала нелепого характера объяснения и жалобы".

"При обследовании в Институте в настоящее время установлено следующее. Заключение терапевта: "хронический гастрит, хронический холецистит". Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние. Испытуемая манерна, мимика ее своеобразная, вычурная. Во время беседы неадекватно улыбается, гримасничает. На поставленные вопросы не всегда ответы по существу, уклоняется от темы разговора, теряет нить беседы; отмечается склонность к рассуждательству. Высказывания испытуемой часто неопределенны, расплывчаты, носят своеобразный, отвлеченый характер. Многих своих переживаний не раскрывает, при этом многозначительно поглядывает на собеседника, становится подозрительной, настороженной. Утверждает, по-прежнему, что милиция Москвы "организовала" ее выезд "с подставленными лицами в Калугу", "спровоцировала" ее продажу вещей, постоянно "подсаживала" к ней в камеру своих лиц "для наблюдения и разоблачения", "узнавала" их потом и в

больнице, и при перевозке, но они, будто бы с целью скрыться, меняли одежду и имена. Считает, что врачи "намерено издевались" над ней, помещая в беспокойные палаты, назначая "сильнодействующие" лекарства, "экспериментироывли"; нянечки и медицинские сестры "всячески унижали" ее, обливали нечистотами, называли "тюремщицей". Уверена в истинности своих переживаний. Однажды, со смехом на глазах, испытуемая сообщила, что она в Уфе лечилась у психиатра, но скрывала это от окружающих и врачу раньше не говорила из-за боязни признания симулянткой. Жалуется, что ее давно беспокоит шум, гул, звонки в голове, невозможность сосредоточиться. Призналась, что меняла места работы и жительства из-за желания скрыться от "недоброжелателей, преследователей". В отделении держится обособленно, насторожена, подозрительна, временами груба, агрессивна; вместе с тем, неожиданно становится хрупкой, ранимой, беззащитной. Ничем не занята, книг не читает "из-за шума в голове". Считает, что больные в палате "в сговоре с персоналом", следят за ней, намеренно выводят из себя, унижают, приписывают ей разного рода злодеяния (например, истязание детей). Поэтому часто с ними конфликтует, проявляет агрессию. Писем домой не пишет; холодно, равнодушно говорит о близких, о матери. Планов на будущее не имеет. Выхода из сложившейся ситуации не видит. Мышление испытуемой непродуктивное, непоследовательное, расплывчатое, со склонностью к рассуждательству. Эмоционально неадекватна, парадоксальна. Критика к болезненому состоянию и к сложившейся ситуации отсутствует".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о длительном психопатоподобном поведении испытуемой со снижением уровня личности и последующим формированием параноидного синдрома, наиболее четко проявившегося в условиях психотравмирующей ситуации. Настоящее психиатрическое обследование выявляет характерные для шизофренического процесса нарушения мышления (непоследовательность, непродуктивность, расплывчатость, склонность к резонерству), эмоционально-волевой сферы (неадекватность, паралогичность), критических способностей наряду с элементами синдрома Кандинского-Клерамбо. Поэтому, как душевнобольную, совершившую инкриминируемые ей деяния в болезненном состоянии, Ф. следует считать невменяемой. По своему психическому состоянию в настоящее время Ф. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа".

Анализ болезни Ф., проведенный автром.

До заболевания личность подэкспертной определялась наличием сензитивно-шизоидных (обидчивость, ранимость, избирательная общительность) и, возможно, истерических (стремление привлечь к себе внимание) черт характера.

Явно болезнь проявилась в возрасте 25 лет. Последующее ее течение было вялым. Основным психопатологическим расстройством на всем протяжении заболевания являлся интерпретативный (паранойяльный) бред преследования. Степень систематизации бреда за все годы его существования была незначительной. Особеность бреда заключалась в том, что он всякий раз возникал по отношению к лицам ближайшего окружения Ф.: во время работы в школе — к ученикам и преподавателям, после переезда в Подмосковье — к соседям по квартире, в период следствия и СПЭ в Институте — к сотрудникам соответствующих учреждений и окружающим подэкспертным. Таким образом, все время это был бред "малого размаха", что также свидетельствует о незначительной степени его систематизации. Некоторое расширение фабулы бреда и незначительная тенденция к появлению очень простой по содержанию бредовой системы возникли у Ф. лишь в период следствия и пребывания в Институте, то есть в период, когда существовала психотравмирующая ситуация. К бреду преследования присоединились в то время идеи отравления и мысли о связи сотрудников МВД с сотрудниками Института. Об усилении интенсивности продуктивных расстройств в этот период могли свидетельствовать и бедные по содержанию иллюзии ложного узнавания — "следившие" за Ф. в СИЗО лица, которых она позже узнавала в больнице, меняли одежду и имена. Несмотря на незначительную систематизацию, бред в течение длительного времени определял поведение Ф. В частности, он явился причиной постоянной и непрекращающейся ее миграции — симптом пассивного преследуемого-преследователя. Наряду с бредом, у Ф. отмечались неглубокие субдепрессивные расстройства и формы поведения, внешне сходные с психопатическими. В период первой СПЭ в Институте в пользу диагноза эндогенного заболевания свидетельствовали отчетливые негативные симптомы: изменения в аффективной сфере — отсутствие аффективной живости, сочетавшееся с иронией, высокомерием, злобностью, а также выявленные при клиническом обследовании отчетливые нарушения мышления (резонерство и др.), подтвержденные и дополненные при экспериментально-психологическом исследовании. Сенсорные расстройства на всем протяжении болезни проявлялись лишь акоазмами — шум, гул,

звонки в голове. Говорить о наличии элементов синдрома Кандинского-Клерамбо нет оснований.

Доминирование на всем протяжении болезни бредовых расстройств позволяет диагностировать (с учетом личностных изменений) паранойяльную шизофрению.

Наблюдение N 5. "Н., 1939 года рождения. Обвиняется в том, что в состоянии опьянения учинил хулиганские действия, при задержании оказал сопротивление и нанес ножевые ранения дружинникам. На судебно-психиатрическую экспертизу направлен в связи с неправильным поведением испытуемого в судебном заседании. В период следствия по даному делу испытуемый 22 мая 1962 года проходил АСПЭК при Краснодарской тюрьме, где был признан вменяемым. В Институт поступил 31 августа 1962 года. За период пребывания в Институте испытуемый неоднократно проходил комиссию, но в связи с неясностью клиничекой картины вопрос о его психическом состоянии и вменяемости испытуемого решен не был и срок его стационарного наблюдения продлевался".

Заключительная комиссия состоялась 22 марта 1963 года.

"О себе испытуемый сведений не сообщает. Из материалов уголовного дела и медицинской документации известно, что он окончил 7 классов, после школы некоторое время работал каменщиком, затем учился в Бакинском индустриальном техникуме, откуда в 1960 году был призван в армию. В 1961 году из армии был уволен по ст. 7-б Приказа МО СССР N 110-1956 г. с диагнозом: "психопатия". Как явствует из свидетельства болезни N 642/13, испытуемый жаловался на головные боли, плохое настроение, повышенную раздражительность, которая отмечалась со школьного возраста. Поведение испытуемого характеризовалось недисциплинированностью, неуживчивостью в коллективе с частыми конфликтами с окружающими, доходящими до драк, угрозами в адрес сослуживцев. В период пребывания в госпитале в свидетельстве о болезни у него была отмечена неустойчивоть настроения: то злобность, то плаксивость, отсутствие интересов. После демобилизации работал каменщиком. Как видно из производственной характеристики, испытуемый показал себя с положительной стороны, производственные нормы выполнял, принимал активное участие в общественной жизни участка, пользовался авторитетом. После ареста по настоящему делу испытуемый давал показания, не отрицал правонарушение, утверждал, что он это сделал с целью самозащиты и защиты товарищей. В период пребывания в тюремной больнице был осмотрен врачами-психиатрами. Из описательной части акта АСПЭК видно, что испытуемый был легко доступен контакту, на поставлен-

ные вопросы отвечал последовательно и по существу, несколько раздраженным тоном. Не отрицал свое правонарушение, сообщил, что он в тот день выпил 250,0 водки и 500,0 пива и после этого был на танцах, где с целью самозащиты нанес ножевое ранение П. В заключительной части акта отмечено, что "Н. обнаруживает психопатические черты характера". Правонарушение совершил вне какого-либо душевного заболевания, а в состоянии простого алкогольного опьянения".

"При обследовании в Институте в настоящее время со стороны физической — без особеностей. Нервная система: зрачки равномерно живые. В позе Ромберга устойчив. Из-за невыполнения инструкций более тщательно обследовать испытуемого не удалось. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние: испытуемый в течение всего пребывания в Институте находился в ступорозном состоянии. Он заторможен, на вопросы совершенно не отвечает, на беседующего не смотрит, гримасничает, временами немотивированно улыбается. Часто выражение лица застывшее, безмятежное, кожа лица несколько сальная. Отмечаются явления восковой гибкости, застывает в неудобных позах. При растормаживании фармакологическими средствами[1] испытуемый также не отвечает на вопросы. На глазах появляются слезы. Однажды после настойчивых вопросов заявил, что он не заслужил, чтобы смотреть людям прямо в глаза. "Все равно теперь отправят в тюрьму, и все равно теперь убийств не будет". В другой раз не в плане задаваемого вопроса стал производить ответ на английском языке. В отделении испытуемый все время лежит в постели в эмбриональной позе, укрывшись с головой одеялом. С окружающими не общается. Часто знаками просит курить у персонала. Наносит себе повреждения (ожоги на лице папиросой). Последнее время периодически неопрятен мочой в постели".

Дополнения к психическому статусу, взятые из дневников истории болезни (сделаны автором).

"На обращенную речь реагирует широкой бессмысленной улыбкой. Однако улыбка производит впечатление нарочитой, натянутой. При более настойчивых попытках вступить с ним в контакт на лице появляется мимолетная гримаса страдания. 1 ноября 1962 года во время растормаживания удалось добиться лишь ответа о количестве пальцев на руках, причем ответил по-английски, что их 12, дальше беседовать не стал, упорно старался отвернуться от врача и улечься в позу, удобную для сна. 13 ноября 1962 года во время растормаживания начал говорить неадекватные ситуации фразы: "Война играет на милицию", что-то говорил об авиации. При расспросе обнаружилось, что он пра-

[1] Всего до 16 ноября 1962 года было произведено 13 растормаживаний.

вильно ориентирован в месте, приблизительно — во времени, правильно осознает цель помещения его в Институт: "Зачем меня сюда привезли у меня нет симуляции", — при этом на глазах появились слезы, лицо покраснело. 23 ноября 1962 года на обращенную речь реагирует преувеличенно неадекватной улыбкой; чувствуется, что улыбка ему дается с трудом, так как преобладающее выражение лица — тоскливое. 1 декабря 1962 года: все время лежит в постели в позе, напоминающей эмбриональную. На лице монотонное выражение тоски. Неадекватная, быстро исчезающая улыбка появляется только при обращении к нему. Ест с рук, аппетит плохой, периодически отказывается от приема пищи. 3 января 1963 года (записи другого врача): лежит в постели в эмбриональной позе. 14 февраля 1963 года: иногда понимающе улыбается врачу. 21 марта 1963 года: при обращении к нему однообразно улыбается".

"На основании изложеного комиссия приходит к заключению, что Н. в настоящее время обнаруживает признаки временного болезненого расстройства в форме реактивного состояния, принявшего затяжной характер. Поэтому в настоящее время решить вопрос о психическом состоянии и вменяемости Н. не представляется возможным. По своему психическому состоянию Н. следует направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа до выхода из болезненного состояния".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — май 1969 года).

"С 1 июня 1963 года по 22 марта 1969 года испытуемый находился на принудительном лечении в Казанской психиатрической больнице специального типа. Из акта центральной судебно-психиатричской комиссии МВД СССР от 17 февраля 1969 года видно, что в первое время пребывания в больнице больной был недоступен контакту, немотивированно улыбался, гримасничал, что-то шептал. В дальнейшем заявлял, что он "боится националистических элементов", считал, что кто-то забрал его мозги, отказывался от еды. Высказывал бредовые идеи воздействия, преследования, испытывал слуховые галлюцинации. В мышлении имели место непоследовательность, раздражительность. Комиссия под председательством профессора N пришла к заключению, что Н. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении и рекомендовала провести ему СПЭ в Институте имени Сербского для решения вопроса о вменяемости".

Дополнения из того же акта Казанской психиатрической больницы (сделаны автором).

"Лечился аминазином и терапевтическими дозами инсулина. Продолжал оставаться напряженным. Считал, что врачи травят его кислотой, мозги кто-то забрал и оттого он не может разгова-

ривать. На вопросы, почему он не принимает пищу, отвечал: "Под влиянием морально-политического давления звуковой волны; создайте мне условия, если считаете меня гением в приближении к гениальности". Иногда наблюдались периоды речедвигательного возбуждения, был злобен, напряжен, агрессивен. Высказывал мысли депрессивного характера, пытался совершить суицидальный поступок. В 1967 больному было начато лечение галоперидолом в комбинации с аминазином. В поведении стал спокойнее, более доступен контакту. Сообщил детали своей биографии, не отрицал совершенного им правонарушения, просил направить его на суд. В настоящее время свой мутизм объясняет тем, что был "управляем гипнозом, кругом были аферисты, применяли эксперименты, хотели сделать глухим и слепым, расчленить на части, составляющие атмосферное электричество". "Я болен с 1958 года, я отравляюсь обедом, разговариваю с людьми, с которыми жил. Вспоминаю и вижу их". "Я управляюсь общественным инстинктом, а не своим родовым". Временами высказывает идеи парафренного характера: "Я — поэт, поэт непревзойденный, я — функция и исчезну гневом всех степеней и оттенков. Я переношу все голоса и мучения, переношу в себе, на мне все это. Я только пообедал, и сразу начинают за меня говорить".

Дополнение к анамнезу (сделано автором): "Спиртные напитки употреблял редко".

"При обследовании в Институте, в который испытуемый поступил 30 мая 1969 года, выявлено следующее. Соматически: левосторонняя мошоночная грыжа. Заключение невропатолога: "четких симптомов органического поражения ЦНС не отмечено".

Психическое состояние. За время пребывания испытуемого в Институте на экспертизе поведение его однообразно. Он ничем не занят, целые дни лежит в постели, с окружающими не общается. Иногда, лежа в постели, принимает вычурные, неестественные позы, что-то шепчет. При обращении к нему молчит, закатывает глаза, отворачивается. Периодически отказывается от еды, выливает молоко, чай на пол, при этом улыбается или — на замечание — злобно отталкивает санитарку. Вызванный в кабинет на беседу, он сведений о себе не сообщает, сидит опустив голову. Лицо амимично. Внезапно он встает и пытается уйти из кабинета, затем снова спокойно садится на стул, гримасничает, неадекватно улыбается. Спонтанно произносит какие-то непонятые слова, набор слов, вдруг перечисляет города и страны (типа "Лондон, Москва, Полинезия"). На вопрос врача, почему он находится в Институте, отвечал: "В силу естественной необходимости. Я не хочу с Вами разговаривать, так как Вы находитесь от меня в служебной зависимости". Периодически испытуемый

становится настороженным, озирается по сторонам, что-то шепчет, говорит, что в голове у него "шурум-бурум и токи". С родственниками отношений не поддерживает, к своей дальнейшей судьбе интереса не проявляет. Критика к своему состоянию и к создавшейся ситуации отсутствует".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Н. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении. Об этом свидетельствуют данные длительного наблюдения за испытуемым в Казанской психиатрической больнице и данные настоящего обследования, выявившие характерные для шизофрении нарушения мышления с непоследовательностью, разорванностью, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, изменениями в эмоционально-волевой сфере с неадекватностью аффективных реакций, уплощенностью эмоций, снижением волевых побуждений. По-видимому, настоящее заболевание началось у испытуемого в 1961 году, в период прохождения им службы в армии, так как, судя по представленному свидетельству о болезни, поведение его носило психопатоподобный характер и было расценено членами ВВК как психопатическое. В дальнейшем, после ареста, в условиях психотравмирующей ситуации наступило обострение шизофренического процесса с выявлением типичной для шизофрении психотической симптоматики. Поэтому Н., как психически больного, в отношении инкриминируемых ему деяний следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию Н. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа системы МВД".

Анализ болезни Н., проведенный автором.

С момента поступления Н. на первую СПЭ в Институт и в продолжении последующих шести лет в картине болезни первое место занимали кататонические расстройства. Преобладали субступорозные и ступорозные состояния. Изредка, в период пребывания Н. в Казанской психиатрической больнице, отмечались непродолжительные состояния импульсивного возбуждения. Субступор сопровождался, помимо двигательной заторможенности, мутизмом и негативизмом, ступор — симптомами восковой гибкости. Кроме того, отмечались такие симптомы кататонии, как парамимия ("чувствуется, что улыбка дается ему с трудом, так как преобладает тоскливое настроение") и эмбриональная поза. Обнаруженная при проведении фармакологических проб ориентировка Н. в месте и частично — во времени свидетельствовала о наличии люцидной кататонии. Кататонические симпто-

мы не исчерпывали всей картины болезни. С самого начала им сопутствовал депрессивный аффект, проявляющийся в мимике больного, его отдельных высказываниях ("не заслужил, чтобы смотреть людям в глаза"), аутоагрессивных поступках (жег лицо папиросой), суицидальной попытке в период пребывания в Казанской психиатрической больнице. В последующем кататоно-депрессивные симптомы усложнились несистематизированным параноидным бредом, идеаторными психическими автоматизмами, возможно — вербальными слуховыми галлюцинациями ("что-то шептал"), бредовыми идеями воздействия. Таким образом, со временем психическое состояние Н. начало определяться полиморфизмом психических расстройств. Лечение психотропными средствами привело лишь к временному, "внутрибольничному" улучшению психического состояния, во время которого Н. "сообщил детали своей биографии". Дальнейшее усложнение болезни проявилось развитием отдельных идей величия ("Я — непревзойденный поэт"), появлением выраженных речевых расстройств в форме речевой бессвязности ("Лондон, Москва, Полинезия") и в форме шизофазии: Н. произносил относительно правильно грамматически построенные фразы, лишенные смыслового содержания, в которых отражались бредовые расстройства ("Под влиянием морально-политического давления звуковой волны, создайте мне условия, если считаете меня гением в приближении к гениальности"). Появление стойких речевых нарушений позволяет говорить у развитии у Н. конечного состояния.

Заболевание началось в возрасте 21 года. В этот период Н. перенес неразвернутый приступ болезни, в котором главное место занимала дисфорическая депрессия и поведение, внешне напоминающее психопатическое. Приступ сменился непродолжительной, но достаточно глубокой ремиссией: сохранность работоспособности, отсутствие психопатического поведения — в частности, редкость употребления алкоголя. Следует отметить, что как первый приступ, так и возникшее вскоре хроническое психическое заболевание совпали с дополнительными внешними причинами. Однако высказывания Н., выявленные в результате многочисленных фармакологических проб в период первой СПЭ, не отражали в своем содержании психогении. Содержание высказываний могло быть поставлено в связь с имевшимися в то время депрессивными и кататоническими симптомами, а то и просто могло зависеть от состояния опьянения, в котором тогда находился Н. Поэтому психогенную патопластику в содержании продуктивных расстройств можно отвергнуть.

Диагноз: "приступообразно-прогредиентная злокачественная шизофрения с полиморфными психическими расстройствами, среди которых преобладает кататония. Конечное состояние".

Наблюдение N 6. "Ш., 1936 года рождения. Обвиняется в убийстве своей сестры и в поджоге ее дома. В стационар Института имени профессора В.П.Сербского поступил 5 марта 1970 года. Был представлен 21 апреля и 19 мая 1970 года на стационарную комиссию, которая сочла необходимым продлить срок его стационарного обследования в связи с наличием признаков реактивного состояния".

Заключительная комиссия состоялась 6 июня 1970 года.

"Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела и данных медицинской документации известно, что он родился в многодетной крестьянской семье восьмым ребенком. Отец злоупотреблял алкоголем, пил запоями[1]. В семье постояно были конфликты, драки. Испытуемый в детстве рос хилым, болезненным ребенком, перенес ряд тяжелых инфекций. В возрасте 9 лет получил травму головы, сопровождавшуюся потерей сознания (в то время не стационировался). До 15 лет у него отмечался ночной энурез. В школу пошел с 7 лет. Учился посредственно. В 4 и 8 классах оставался на повторный курс. Себя испытуемый характеризует неуравновешенным, вспыльчивым, крайне обидчивым и ранимым. По его словам, "чуть что — плакал, уходил в лес", тяжело реагировал на неблагоприятную обстановку в семье. Сверстники будто бы "дразнили" его, из-за частых конфликтов с окружающими друзей почти не имел. Постоянно "мечтал" о том, "как выйти в люди". С юношеских лет (по настоящее время) мастурбирует. По окончании 8 классов школы работал конюхом, пожарником. В 1955 году был призван в армию. Около года находился на военой службе, где грубо нарушал воинскую дисциплину, постоянно конфликтовал с товрищами, шутки которых "раздражали", усматривал "несправедливость" в требованиях командиров. Отмечал у себя колебания настроения. После волнений начинала болеть голова, испытывал тоску, боль в груди. В связи с этим, был обследован в военном госпитале (с 28 марта по 28 апреля 1955 года) и досрочно освобожден от военной службы с диагнозом "психопатия"[2]. После демобилизации работал токарем, экспедитором. В 1958 году после конфликта на работе испытуемый помещался в психиатрическую больницу, где

---

[1] Согласно данным из выписки психиатрической больницы имени Скворцова-Степанова (март 1956 года), отец подэкспертного дважды "сидел" в тюрьме за хулиганство (примечание автора).

[2] В истории болезни подэкспертного имеется выписка из истории болезни психиатрической больницы N 3 имени Скворцова-Степанова, в которой он находился с 28 марта 1956 года по 29 апреля 1956 года. При поступлении Ш. жаловался на головную боль, подавленное настроение. Сообщил, что с трудом окончил 7 классов, учиться было трудно. Армейскую обстановку переносил с трудом, конфликтовал из-за пустяков. Обидевшись, рвал на себе одежду. Выписан с диагнозом "психопатия" (примечание автора).

находился 4 дня и был выписан с диагнозом "психопатия, истерическая реакция". В 1963 году испытуемый закончил трехгодичное училище культработников. Работал заведующим клубом, преподавателем пения. Работа "не удовлетворяла, чувствовал себя неуверенно", на одном месте не удерживался. Каждый раз брал расчет после конфликта с начальством. Сменил, по его словам, около 20 мест работы. С 1967 года приобрел специальность бухгалтера, а затем окончил курсы бухгалтеров-ревизоров и поступил на третий курс бухгалтерского (заочного) Арзамасского кооперативного техникума. В апреле 1967 года, работая бухгалтером-ревизором в сельпо, жил на квартире своей сестры (потерпевшей по делу) К-ой. В это время часто употреблял алкоголь, нерегулярно опохмелялся. Вскоре у него возникли неприязненные отношения с сожителем сестры — П., который якобы плохо относился к К-ой (сестре) и к испытуемому, угрожал им, наносил побои. 22 апреля 1968 года в доме К-ой, где испытуемый находился в нетрезвом состоянии, произошел взрыв и пожар. Испытуемый был заподозрен в поджоге дома. Тяжело переживал это, неоднократно пытался покончить с собой. Был помещен родственниками в областную ПНБ "Чибирь" Горьковской области, где находился с 1 мая по 10 июня 1968 года и выписан с диагнозом: "психопатия, параноическая форма". Институтом получен подлинник истории болезни испытуемого из указаной больницы. Согласно врачебным записям, в первое время при поступлении он был депрессивен, неохотно вступал в контакт, высказывал желание покончить с собой. В процессе лечения настроение его улучшилось. Психотической симптоматики и нарушения интеллекта у него обнаружено не было. После выписки из больницы ему стало известно, что дело о поджоге дома было прекращено. Он добился направления на учебу в инструкторско-ревизионную школу на станции "Сходня" Московской области. Согласно характеристике из этой школы, учился он вполне удовлетворительно, но был малообщительным человеком. Имели место случаи нарушения дисциплины в связи с употреблением алкоголя (появлялся в нетрезвом виде в школе), за что имел административные взыскания".

Кроме того, в этой же характеристике приводятся следующие сведения, отсутствующие в акте (дополнение автора): "В школе часто замечали", что настроение у него было пониженное; такие состояния депрессии были продолжительностью от 7 до 10 дней и возникали примерно один раз в месяц. "Однажды имел место такой факт, когда Ш. был не согласен с оценкой, которую ему поставил преподаватель, и тут же, на глазах преподавателя и слушателей, исправил оценку в журнале с "удовлетворительно" на "хорошо". Все преподаватели говорят о том, что Ш. произво-

дит впечатление страного человека, но каких-либо нелепых поступков в его поведении не отмечают".

"Наряду с учением в этой школе, испытуемый продолжал учиться на заочном отделении Арзамасского кооперативного техникума. Из имеющейся на листе 157 уголовного дела характеристики известно, что учился испытуемый аккуратно и успешно, с 17 февраля по 26 февраля он удовлетворительно сдал экзамены на сессии за первое полугодие 4 курса, был избран старостой группы. В январе 1969 года уголовное дело о поджоге дома К-ой по ходатайству П. было возобновлено прокуратурой Горьковской области, о чем испытуемому стало известно в конце февраля 1969 года. Из материалов дела известно, что 3 марта 1969 года испытуемый был на допросе у следователя, при этом вел себя правильно, на вопросы отвечал по существу, активно защищался, свою виновность в поджоге отрицал, обвинял в этом П. О своей сестре К-ой отзывался хорошо, только осуждал ее за связь с П. Обещал следователю на следующий день позвонить по телефону относительно направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Вечером того же дня испытуемый находился в доме родственника К., был мрачен, говорил, что во всем виновата сестра — О. (К-ва). Накануне правонарушения, 4 марта 1969 года, испытуемого в нетрезвом состоянии видели квартиранты К-ой, когда он приходил и спорил с ней, "упоминая какой-то дом". В день правонарушения, 5 марта 1969 года, утром испытуемый был в нетрезвом состоянии, предлагал К. выпить с ним водки, а когда К., отказавшись от его предложения, вместе с женой ушел на работу, испытуемый взял у них в чулане топор, которым и нанес К-ой в ее доме несколько ударов по голове и спине. От полученных ранений К-ва скончалась. О содеянном испытуемый сам вскоре сообщил по телефону следователю, просил прислать за ним машину. По прибытии следователя испытуемый подробных сведений о случившемся не сообщил, плакал, называл себя "убийцей", "врагом народа", говорил, что его нужно "расстрелять". Утверждал, что приговор ему "уже вынесен", что он "сам слышал это по телефону" от одного из членов правительства. При задержании испытуемого, при проведении ему обыска он плакал, затем упал на пол. Отказался идти из помещения, был вынесен, в пути следования продолжал выкрикивать вышеприведенные слова, изо рта у него шла густая слюна, он обмочился. В камере предварительного заключения вел себя беспокойно, ползал по полу в камере, заявлял, что он разговаривает с одним из членов правительства. Требовал расстрела, два дня отвечал бессвязно. В процессе проводимого испытуемому лечения (в соответствии с решением от 25 апреля 1969 года) по поводу развившегося у него реактивного состояния (истерического

психоза) испытуемый, как известно из медицинской документации, стал доступен контакту, охотно и последовательно рассказывал о своей прошлой жизни. Об обстоятельствах убийства сестры говорил более скупо. Сообщил, что в дни, предшествующие убийству, он употреблял спиртные напитки, в связи с чем чувствовал себя "ненормально": ему будто бы казалось, что все родные, в том числе и погибшая сестра "шпионы" и "сговориись убить" его".

Дополнение, взятое из акта N 78 стационарной СПЭ Горьковской областной психиатрической больницы N 1 от 30 сентября 1969 года (сделано автором).

"За время пребывания на принудительном лечении (то есть в течение четырех месяцев — авт.) испытуемый в первое время был несколько вял, заторможен, медлителен, малоподвижен и апатичен, монотонен, контакт с ним удавался лишь поверхностный, формальный, общий фон настроения был заметно как бы понижен, отмечалась тоскливость, бессонница, ипохондрические явления: испытуемый предъявлял много разных жалоб на состояние здоровья, в том числе на головные боли, общую слабость, головокружения, забывчивость, рассеянность, был малообщителен, по своей инициативе к медицинскому персоналу ни с чем не обращался, бóльшую часть времени проводил сидя или лежа в постели.

После лечения: поясняет, что, возможно, и виновен в смерти сестры, но четко о своих действиях не помнит, так как в этот период в течение нескольких дней употреблял алкогольные напитки, в связи с чем чувствовал себя "ненормально", испытывал страхи, временами казалось, что его кто-то преследует. Сейчас он вполне осознает, что в тот период у него было нервное и психическое расстройство, возникшее "скорее всего, от водки". Испытуемый вполне критически относится к своему настоящему положению, а также к сложившейся для него конкретной судебной ситуации, которой заметно обеспокоен.

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ш. психическим заболеванием не страдает, а является психопатической личностью со склонностью к истерическому типу реагирования. Вменяем".

"После перевода его из психиатрической больницы в камеру СИЗО на допросе 21 октября 1969 года испытуемый произносил бессвязные слова и фразы: "Я — ленинец ... всех шпионов уничтожили", на задаваемые ему вопросы не отвечал. На допросе от 11 ноября 1969 года испытуемый сообщал, что, ночуя в доме К-х, он якобы слышал голос сестры — О. (К-ой) и П., а также К-их, которые будто бы договаривались его убить, после чего он совершил убийство топором "шпионки Липы".

Дополнение, взятое из истории болезни Ш. в период его нахождения в Институте на первой СПЭ (сделано автром).

"При АСПЭК в СИЗО 13 ноября 1969 года выявлено наличие психического расстройства в виде бредовых переживаний у испытуемого без критической оценки своего состояния. Необходимо стационарное обследование. В настоящее время Ш. принимать участие в следствии и суде не может".

"При обследовании в Институте. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы у него не обнаружено. Заключение невропатолога: "легко выраженные органические изменения центральной нервной системы в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы".

Психическое состояние: при поступлении в Институт испытуемый последовательных сведений о себе не сообщал, не удерживался в общей палате. Часто отказывался от еды, плохо спал по ночам. Утверждал, что слышит "по рации" голос убитой сестры К-ой, которую называл "американской шпионкой". Поэтому он якобы и убил ее, но она потом "ожила" и "продолжает преследовать" его вместе с другими шпионами (при этом перечисляет имена своих родственников и бывшего сожителя убитой сестры). Утверждал, что они хотят его убить. Себя испытуемый называл "Николаем Карповым", поясняя, что таким образом он скрывается "от шпионов". Писал многочисленные "клятвы" о том, что будет "воевать со шпионами до последней капли крови". В дальнейшем, под влиянием проводимого лечения, состояние испытуемого несколько видоизменилось: он стал спать по ночам. Прекратились его жалобы на слуховые обманы. Он удерживался в общей палате. Включился в трудовые процессы. Однако рассказывая о днях, предшествующих убийству, продолжал утверждать, что слышал голоса родственников (в том числе и потерпевшей), которые якобы "организовали" против него "заговор". Считает, что поступил правильно, когда убил "шпионку Липу", жалеет, что не убил "остальных шпионов". Критическая оценка своих высказываний и ситуации в целом у испытуемого недостаточная.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлено нарушение процессов обобщения и отвлечения, растерянность, несостоятельность при необходимости сделать соответствующий вывод, умозаключение из прочитанного текста. Указаные нарушения, по заключению психолога, носят, по-видимому, психогенно обусловленный характер".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что в настоящее время у Ш. выявляются признаки временного болезненного расстройства психической деятельности — рецидив реактивного состояния с синдромом бредоподобных

фантазий, возникшего в условиях психотравмирующей ситуации (возобновление следствия). В связи с тем, что течение заболевания приняло у Ш. затяжной характер, решить вопрос о его вменяемости в отношении инкриминируемых ему деяний в настоящее время не представляется возможным. По своему психическому состоянию Ш. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа до выхода из реактивного состояния".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — март 1973 года).

"В Сычевской психиатрической больнице испытуемый находился с 21 января 1971 года по 11 октября 1972 года. Как видно из полученного подлинника истории болезни N ... , несмотря на проводимую активную терапию, из психотического состояния испытуемый не вышел. На протяжении всего времени пребывания на лечении (один год 9 месяцев) у него выявились бредовые идеи преследования и величия (утверждал, что по своей умственной одаренности он способен "руководить государством", работать в центральных партийных органах). Высказывал мысли о преследовании его, включил в бред лечащего врача, заявлял, что врач имеет цель "скрыто уничтожить его" из "мести за убийство сестры-шпионки". Эпизодически у него отмечались слуховые галлюцинации. Испытуемый без критики относился к своему состоянию и ситуации в целом, требовал направить его в Москву для "разоблачения шпионов и вредителей".

"На стационарную повторную экспертизу в Институт имени профессора В.П.Сербского поступил 10 марта 1973 года на основании определения Сычевского районного суда Смоленской области от 15 сентября 1972 года в соответствии с медицинским заключением Центральной СПЭК, которая при освидетельствовании Ш. 14 января 1972 года в Сычевской психиатрической больнице пришла к заключению, что он обнаруживает галлюцинаторно-бредовой синдром неясной этиологии и нуждается в проведении ему СПЭ в условиях ЦНИИСП имени профессора В.П.Сербского для решения вопросов о его психическом состоянии и вменяемости в отношении инкриминируемых ему деяний".

"Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела и данных медицинской документации известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Во время учебы и работы материально себя полностью не обеспечивал, пользовался помощью родственников. По словам испытуемого, за 3 года (с 1963 по 1966 гг.) он сменил около 20 мест работы. Считал, что ему не давали возможности "показать себя, всячески притесняли". Часто обжаловал действия администрации, обращался в профсоюзные и партийные организации. Во время учебы в инструкторско-ревизорской школе после на-

ложения на него административного взыскания ходил “выяснять отношения с директором”. В этот период времени, по словам испытуемого, несколько раз ему “слышался телефонный разговор” о нем между директором училища и секретарем районной партийной организации. Когда же он “потребовал объяснения” у директора, почему к нему “предвзятое отношение”, тот будто бы вообще отрицал, что такой телефонный разговор имел место”.

“При обследовании в Институте в настоящее время установлено: со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Заключение невропатолога: “нерезко выраженные органические изменения центральной нервной системы в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы”.

Психическое состояние. Испытуемый многоречив. Во время беседы, не слушая вопросов и не давая себя перебить, с большой аффективной насыщенностью, с крайней обстоятельностью и застреванием на малосущественных деталях рассказывает о “преследованиях” его, начавшихся якобы с 1958 года, когда, работая на заводе, он “начал разоблачать мастеров и профсоюзных работников, поощрявших подхалимаж и взяточничество”. С тех пор, по его словам, он попал “под ежовщину” и, где бы ни работал, против него сразу же начинались “гонения”. Этим он объясняет смену более 30 мест работы. Себя характеризует “принципиальным, честным, высокоидейным человеком, называет себя “Николаем Карповым”, “преданным ленинцем”. В числе своих преследователей называет свою погибшую сестру О. и других родственников, которые будто бы “организовали заговор” с целью убить его. Утверждает, что накануне убийства сестры он “слышал голоса” этих лиц и, если бы не убил “шпионку-Липу”, то был бы уничтожен сам. Не раскаивается в содеянном, сожалеет, что не убил “остальных шпионов”. Испытуемый с возмущением говорит о врачах Института имени профессора В.П.Сербского, направивших его в психиатрическую больницу “Сычевку”, где “продолжалась линия на уничтожение” его. При помощи таблеток его “делали дураком”, стремились “бесследно уничтожить”. Испытуемый требует, чтобы ему дали возможность “выступить перед народом”, чтобы вопрос о его психическом состоянии решался на общем собрании всех врачей Института “путем открытого голосования”. Психически больным себя не считает. Жалоб на здоровье не высказывает. Слуховых обманов в настоящее время не испытывает. В отделении Института с окружающими почти не общается, держится с подчеркнутым чувством собственного достоинства. От лечения отказывается. Иногда объявляет голодовку — по его словам, “по политическим соображениям”. Утверждает, что должен “войти в партию” и о нем будет написана не одна книга. Пишет очень много писем в раз-

личные верховные государственные и партийные органы, где повторяет те же бредовые идеи преследования и величия. Иногда расклеивает на стенах своей палаты “лозунги” и “воззвания” ко всем народам мира и главам различных государств. Допускает циничные высказывания в адрес руководящих деятелей партии и правительства Советского государства.

При экспериментально-психологическом обследовании выявляется выраженная несостоятельность мыслительной деятельности, нарушение процессов обобщения, абстрагирования, нарушение целенаправленности мышления, его непродуктивность. Обнаруживатся также паралогичность суждений, нарушение критики”.

“На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ш. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (парафренный синдром). Диагноз этот подтверждается выявленными у него характерными для шизофренического процесса расстройствами мышления, непродуктивностью его, паралогичности суждений, склонности к резонерству, некритичности при наличии стойкого галлюцинаторно-бредового синдрома с идеями отношения, преследования, величия и выраженной аффективной охваченностью болезненными переживаниями. Сопоставление настоящей клинической картины с динамикой заболевания (по данным медицинской документации за последние 3 года и анамнестическими сведениями) указывают на значительную давность болезненного процесса, прогредиентность его течения с обострением в условиях психотравмирующих ситуаций, что приводило, начиная с 1958 года, к повторным помещениям испытуемого в психиатрические больницы. Своевременное распознавание болезни, по-видимому, длительное время затруднялось преморбидными характерологическими особенностями личности больного (свойственная ему с детства склонность к истерическим формам реагирования в сложных психотравмирующих ситуациях) и психогенное содержание болезненных переживаний в психотических состояниях. Как душевнобольного, в отношении инкриминируемых ему деяний (поджог, убийство) Ш. следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию в настоящее время, учитывая выраженную аффективную охваченость испытуемого бредовыми переживаниями и антисоциальный характер его высказываний, он нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа”.

Анализ болезни Ш., проведенный автором.

Заболевание началось в юношеском возрасте, в начальный период службы Ш. в армии. В это время у него возникает личностный сдвиг: если в детские и последующие годы Ш. можно было отнести к сензитивным шизоидам (замкнутый, ранимый, обидчивый, раздражительный, "друг леса"), то в дальнейшем он становится экспансивным шизоидом с выраженной склонностью к образованию сверхценных идей, сопровождаемых отчетливой параноидной настроенностью. Среди них основными, проходящими через всю его жизнь до совершения противоправного деяния, явились: непрерывная учеба, сутяжное поведение и частая смена мест работы — симптом пассивного преследуемого-преследователя. Способность Ш. успешно приобретать новые знания сочеталась у него с невозможностью реализовать их на практике. Поэтому к периоду совершения правонарушения, как и до этого времени, он постоянно пользовался материальной поддержкой родственников, то есть его социальная адаптация оказалась сниженной. В период формирования личностного сдвига у Ш. возникает монополярная циркулярность. Отмечавшиеся у него субдепрессивные состояния с самого начала сопровождались витальным компонентом — предсердечной тоской. С годами продолжительность субдепрессий увеличилась (до 7-10 дней) и они стали регулярными — примерно один раз в месяц. Психогении (в период военной службы, обвинение в поджоге дома) влекли за собой появление и более продолжительных, чем возникавшие аутохтонно, субдепрессивных или даже явных депрессивных состояний (усиление конституциональной и, возможно, нажитой реактивной лабильности). Аффективные расстройства могли быть причиной симптоматического алкоголизма.

Начальный период болезни, продолжавшийся около 12 лет, протекал вяло и определялся психопатоподобными расстройствами с преобладанием сверхценных идей (учеба), диффузной параноидностью и монополярной циркулярностью.

Развитие психоза совпало с психической травмой — сам факт правонарушения (убийство) и следствие по этому делу. Первоначально возникает резкое двигательное и речевое истерическое возбуждение: упал, сопротивлялся, обмочился; позже отмечался непродолжительный регресс поведения (ползал по камере). Речевое возбуждение проявлялось патетическими выкриками отдельных слов, фраз и лозунгов. Истерическим расстройствам с самого начала сопутствовали параноидные бредовые идеи и вербальные галлюцинации. Установить продолжительность этого состояния трудно. Однако известно, что после лечения у Ш. отме-

чалось депрессивно-ипохондрическое состояние без истерических симптомов. Рецидив психоза возникает после повторной психической травмы (перевод из больницы в СИЗО). При обострении истерические расстройства во время АСПЭК уже не описываются. Выявляется только бред. При поступлении в Институт наряду с бредом отмечаются также вербальные галлюцинации. Принадлежность вербальных галлюцинаций убитой сестре дает повод говорить об их психогенной патопластике. Последующее развитие болезни показало, что в своей основе наблюдавшийся ранее бред преследования заметно не изменился по содержанию: главными своими врагами Ш. по-прежнему считал своих близких. Вовлечение в бред врачей больницы и Института свидетельствовало о дальнейшей систематизации бреда преследования. Наряду с бредом преследования, у Ш. с самого начала существовали экспансивные бредовые высказывания с переоценкой своего "я". В последующем это расстройство сменилось бредом величия. Таким образом, особенность психоза заключается в том, что в нем с самого начала существовали и параноидные, и парафренные компоненты. Бредовые расстройства являлись на всем протяжении болезни доминирующими. Сенсорные нарушения возникали эпизодически. Бредовой синдром сопровождается повышенно-злобным настроением и особым речевым нарушением — монологом. Последнее всегда свидетельствует о большой давности психического заболевания.

Диагноз: "непрерывная (бредовая) шизофрения с парафренным видоизменением клинической картины". В начальный период развития манифестного психоза Ш. перенес непродолжительный реактивный истерический психоз. После исчезновения истерических симптомов картина болезни начала определяться существовавшими изначально бредовыми нарушениями. Расстройство, диагностированное при первой СПЭ в Институте как бредоподобные фантазии, представляло собой возникшее при экзацербации психоза начальное проявление парафренного бреда.

ГЛАВА II

Ошибочная диагностика психопатических состояний у лиц, болевших шизофренией

(вторая группа)

Среди 114 подэкспертных мужчин было 104, женщин — 9 человек[1].

Генеалогический фон. Наследственное отягощение психическими болезнями, алкоголизмом, самоубийствами и лицами с аномалиями характера было выявлено в семьях 57 подэкспертных, то есть в половине всех наблюдений (табл. 1). Как видно из таблицы, соотношение числа родственников с психическими болезнями (63 человека) с числом родственников с пограничными психическими расстройствами (64 человека) составило 1:1. У 19 подэкспертных наследственное отягощение было выявлено впервые, а у 5 существенно дополнено лишь при второй, изредка — последующих СПЭ. Описания качественных особенностей наследственного отягощения не приводились.

Преморбидная личность. К периоду первой СПЭ среди 114 подэкспертных у 19 человек описание личностных черт отсутствовало. У большей части остальных подэкспертных характеристика личности исчерпывалась одним-пятью определениями. При этом соответствующие примеры или описания не приводились. Исключение составляли подэкспертные, в характере которых обнаруживались истерические черты. Последние обычно описывались достаточно подробно, нередко иллюстрировались сооветствующими примерами. Контекст анамнестических сведений позволил сделать вывод о том, что у подэкспертных с истерическим складом характера нередко существовали и другие личностные особенности. Чаще всего встречался шизоидный радикал. О его наличии свидетельствовал, например, тот факт, что у значительной части подэкспертных с истерическими личностными особенностями "фантазирование" носило выражен-

[1] У 6 из 114 человек данной группы выраженные аномалии характера были диагностированы во время первой СПЭ без использования определения "психопатический".

ный аутистический характер, то есть можно было говорить о лицах с истеро-шизоидными аномалиями характера. Новые клинические факты, выявленные при повторных СПЭ, как правило, подтверждали сделаное предположение[1].

Особенности пубертатного и юношеского периодов описывались преимущественно кратко. Даже в тех сравнительно немногих случаях, когда в этом возрасте обнаруживались ранее отсутствовавшие патологические личностные черты, в заключениях первых СПЭК Института об этом не упоминалось. Так, подэкспертный И. "примерно с 6 класса изменился характером: стал замкнутым, уединялся, стал более вспыльчивым и раздражительным, начал пропускать занятия, завел знакомство с подростками с асоциальным поведением, начал курить и выпивать; с матерью сделался грубым, мог быть агрессивным, вымогал у нее деньги". В заключении первой СПЭК о происшедших изменениях в характере И. — ни слова. В заключении второй СПЭК о приведенных выше характерологических изменениях сказано следующее: "О заболевании И. шизофренией свидетельствуют данные анамнеза, из которых видно, что в подростковом возрасте ..." — и т.д. В части случаев необходимо было провести две или даже три повторные СПЭ, чтобы наступившие у подэкспертного в пубертатном и юношеском периодах личностные изменения были, наконец, достаточно и полно описаны. Так, К. по характеру был "подвижным и шаловливым". Во время первой СПЭ о пубертатном периоде подэкспертного говорилось: "После 6 класса под влиянием плохих товарищей школу бросил; брал у матери деньги; мать отдала его в детскую трудовую колонию". При второй СПЭ было добавлено: "В возрасте 12 лет из озорства пытался поджечь школу". В период третьей СПЭ сообщалось: "В 3-4 классах стал особенно плохо себя вести, не готовил домашних заданий, во время занятий ходил по классу на лыжах, незаметно для педагога показывал окружающим половой член — делал это "просто так, от скуки"; сбрасывал "для интереса" с третьего этажа из окна своей квартиры на головы прохожих куски шлака, вместе с двумя товарищами организовал в заброшенном сарае "музей": отрубали кошкам головы, лапы, а затем прибивали их к стенам в различных положениях; время от времени приходил в этот "музей" полюбоваться "картинами"; разлил в классе концентрированную серную кислоту; пытался поджечь школу, в связи с чем был направлен в детскую колонию". Во многих случаях личностные особенности, в том числе и аномальные, которые были свойственны подэкспертным с детства, объединялись с

[1] Некоторые сотрудники Института, с которыми обсуждался этот вопрос, считают, что "фантазирование", особенно в детском и подростковом возрасте, гораздо чаще представляет собой шизоидный, а не истерический личностный радикал.

новыми характерологическими чертами, возникавшими у них в пубертатном периоде или в юности, причем последние расценивались СПЭК как существовавшие изначально, с детства. В других случаях аномальные черты, которые первоначально расценивались как прирожденные, позже оказывались впервые появившимися в пубертатном периоде или в юности, то есть "нажитыми". Так, при первой СПЭ в характере подэкспертого К. было отмечено, что в детские годы он был "вспыльчив, груб, непослушен". Во время второй СПЭ, при которой был установлен окончательный диагноз, характер К. до начала болезни (возникшей в пубертатном периоде) описывался так: "спокойный, мягкий, добрый, слабохарактерный".

У значительного числа подэкспертных до того, как они были направлены в Институт на первую СПЭ, в анамнезе отмечались "дополнительные вредности".

Более 2/3 всех подэкспертных употребляли алкоголь — 47 человек и наркотики (анаша, препараты опия) — 26 человек (табл. 2). Качественная оценка употребления алкоголя и в еще большей степени — наркотиков основывалась обычно на определениях, которые использовались сотрудниками Института, и гораздо реже — на приводимых ими клинических фактах, обычно кратких. Употребление алкоголя оценивалось как "эпизодическое", "склонность к злоупотреблению алкоголем" и "хронический алкоголизм" (обоснование см. в главе I). Данные об употреблении алкоголя в динамике отсутствовали. Изредка у подэкспертных описывались состояния алкогольного опьянения. Чаще всего при них отмечались раздражительность, возбудимость, злоба, то есть симптомы, позволяющие расценивать опьянение как атипичное, или измененное. Среди употреблявших наркотики сотрудники Института диагностировали: "склонность к употреблению наркотиков" и "наркоманию". У значительной части подэкспертных прием наркотиков лишь констатировался. При совместном приеме алкоголя и наркотиков почти всегда первоначально употреблялся алкоголь. Из 73 подэкспертных у 57 (более чем 3/4 наблюдений) употребление алкоголя и наркотиков началось в первые 20 лет жизни. В большинстве случаев, так же, как и у подэкспертных первой группы, употребление алкоголя и наркотиков не достигало здесь степени болезни: из 73 человек, употреблявших эти средства, лишь у 15 возникли хронический алкоголизм (12 человек) и наркомания (3 человека).

"Органические вредности" до проведения первой СПЭ в Институте были выявлены у 42 подэкспертных — 1/3 всех наблюдений (табл. 3). Как видно из таблицы, доминировали черепно-мозговые травмы, как правило, легкие. У 4 подэкспертных вскоре после черепно-мозговой травмы, полученной в детские годы,

появились единичные судорожные припадки, исчезнувшие спонтанно через несколько лет. Церебрально-органические жалобы у лиц с "органическими вредностями" в основном были выражены слабо, возникали эпизодически и в целом носили регредиентный характер. Во время пребывания в Институте на первой СПЭ у 22 подэкспертных консультантом-невропатологом были диагностированы "легкие или умеренно выраженные резидуальные органические изменения центральной нервной системы". 57 человек (более 3/4 подэкспертных) перенесли "органичекие вредности" в первые 20 лет жизни.

У большинства подэкспертных до того времени, как им была проведена первая СПЭ в Институте, существовали различные психические расстройства. О них прямо или косвенно свидетельствовали: предшествующее лечение у психиатров, криминальное поведение и особенности поведения в местах лишения свободы, отношение к воинской обязанности, нарушения социальной адаптации.

Лечились у психиатров — как правило, в условиях стационара — 90 человек, то есть примерно 3/4 всех подэкспертных (табл. 4). Как видно из таблицы, среди диагностированных психозов доминировала шизофрения. При диагностике пограничных психических расстройств, в первую очередь психопатии, у 1/3 подэкспертных вторым, предположительным диагнозом являлся диагноз шизофрении.

Криминальное поведение было выявлено у 69 человек (более чем в половине всех наблюдений); 2/3 подэкспертных совершили первое ООД в пубертатном и юношеском возрасте. Многие будущие подэкспертные, находясь в местах лишения свободы, отказывались работать, употребляли алкоголь и (или) наркотики, играли в азартные игры, грубо или просто агрессивно вели себя по отношению к окружающим, вступали в гомосексуальные связи и т.д. Такое поведение приводило к тому, что их неоднократно — в некоторых случаях до десяти (десятков) раз — помещали в ШИЗО, в части случаев — в БУР, переводили в ИТК строгого или особого режима. Некоторым будущим подэкспертным за совершенные в местах лишения свободы ООД увеличивали прежние сроки наказания.

ВВК были признаны годными к несению воинской службы и в последующем призваны в армию 28 человек — примерно 1/4 всех будущих подэкспертных. Демобилизованы на общих основаниях 10 человек; 16 человек были демобилизованы досрочно в связи с психическими расстройствами, диагностированными ВВК как психопатическое поведение, невротические реакции, депрессии, реактивные состояния; двое подэкспертных совершили во время службы в армии тяжкие ООД и были осуждены. 78 человек к периоду прохождения воинской службы находились в

местах лишения свободы, в психиатрических больницах или же не были призваны на военную службу в связи с ранее совершенными ООД.

Лишь у 10 человек, находящихся в возрасте после 20 лет, к периоду первой СПЭ оставалась сохранной социальная адаптация. У лиц моложе 20 лет преимущественно наблюдались выраженная и глубокая степени ее снижения (табл. 5).

Подэкспертные, направленные в Институт на первую СПЭ, совершили следующие формы ООД — см. табл. 6. Как видно из таблицы, 22 человека (около 1/4 всех подэкспертных) совершили тяжкие противоправные деяния.

По возрасту к периоду первой СПЭ в Институте подэкспертные распределялись следующим образом — см. табл. 7. Как видно из таблицы, около половины всех подэкспертных (66 человек) находились в возрасте от 15 до 25 лет.

При первой СПЭ в Институте в психическом статусе 51 подэкспертного наряду с аномальными личностными чертами были выявлены позитивные, а у 13 человек — негативные психопатологические расстройства[1]. Продуктивные расстройства в основном проявлялись в форме бредовых высказываний, реже — в форме сенсорных расстройств. Изредка ими являлись выраженные депрессивные состояния и кататонические симптомы. Этот "второй ряд" психических нарушений нашел свое отражение в заключениях СПЭК, в том числе и в установленных подэкспертным диагнозах. Выявленные в психическом статусе позитивные симптомы чаще всего расценивались СПЭК в качестве реактивных состояний или признаков установочно-симулятивного поведения; в единичных случаях их оценивали как декомпенсацию психопатии, проявления патологического или невротического развития личности (табл. 16). При диагностированных СПЭК "реактивных состояниях" встречались истеро-эндоформные симптомы (см. главу I), психотические симптомы с психогенным содержанием (обычно это был бред) и эндогенные расстройства. При диагностированном установочно-симулятивном поведении преобладали эндогенные, и изредка — истеро-эндоформные симптомы. При диагностированных СПЭК состояниях декомпенсации психопатии и патологическом (невротическом) развитии личности существовали лишь одни эндогенные расстройства.

Еще у 19 подэкспертных в психическом статусе наряду с аномалиями характера автором были выявлены позитивные и негативные симптомы, о которых в заключениях СПЭК ничего не говорилось (табл. 16). Позитивные симптомы в форме бреда,

---

[1] У всех подэкспертных, у которых сотрудниками Института были отмечены негативные расстройства, вторым, предположительным диагнозом при первой СПЭ являлся диагноз шизофрении (см. ниже).

сенсорных и аффективных расстройств были выявлены у 10 человек, негативные — у 9 человек. Позитивные симптомы или прямо упоминались в описаниях психических статусов, или об их существовании свидетельствовали косвенные признаки. Например, в психическом статусе одного подэкспертного сообщалось о том, что он "что-то шепчет", а другой на вопрос о ревнивых подозрениях отвечает: "это было ошибкой". В то же время в анамнестических сведениях имелись четкие указания на то, что у первого подэкспертного в прошлом существовали вербальные галлюцинации, а у второго длительный период отмечались бредовые идеи супружеской неверности (слежка, проверка брачного партнера и т.д.), то есть растройства, которые можно расценить как паранойяльные, отличающиеся, как правило, стойкостью и продолжительностью. Однако контекст психического статуса позволял сделать вывод о том, что необходимых уточняющих вопросов подэкспертным не задавали. В ряде случаев не подвергались уточнению высказывания подэкспертных, характерные для бредовых идей параноидной структуры. Вывод о наличии негативных симптомов у ряда лиц делался автором на основании сопоставления их анамнеза и статуса с анамнезом и статусом подэкспертных, у которых самими сотрудниками Института к периоду первой СПЭ уже были отмечены определенные личностные изменения. Наиболее значительными негативными симптомами являлись эмоционально-волевое снижение и непродуктивность мышления в форме резонерства. Те позитивные и негативные симптомы, которые были выявлены автором у 19 человек, но не нашли отражения в заключениях СПЭК, были обозначены как "неучтенные". О том, что эти "неучтенные" симптомы действительно существовали во время проведения первой СПЭ, свидетельствовали клинические факты, приведенные в заключениях повторных СПЭК, установивших окончательный диагноз, в частности, при анализе допущенных ранее диагностических ошибок.

В таблице 16 приведено число подэкспертных, в психическом состоянии которых сотрудниками Института при первой СПЭ были выявлены позитивные и негативные симптомы, а также подэкспертных с "неучтенными" первоначальной СПЭК позитивными и негативными симптомами, выявленными автором. Таким образом, у 83 из 114 подэкспертных данной группы наряду с аномальными личностными особенностями существовали симптомы "второго ряда" — позитивные (у 61 человека) и негативные (у 22 человек).

В психическом статусе 31 подэкспертного данной группы при первой СПЭ в Институте описывались, то кратко, то достаточно подробно, только лишь аномальные личностные черты. При установлении окончательного диагноза выяснилось, что к периоду

первой СПЭ у всех этих подэкспертных (31 человек) также существовали позитивные и (или) негативные расстройства.

В таблице 9 приведены диагнозы, установленные заключениями комиссий у подэкспертных данной группы после проведения им первой СПЭ в Институте. Как видно из таблицы, основными диагнозами являлись: “психопатическая личность” и “психопатические черты характера”. Основное различие между ними заключалось в следующем. При первом диагнозе чаще встречались указания на то, что аномальные личностные черты существовали у подэкспертных “с детства”, “с раннего возраста”, “с юности”, “на протяжении всей жизни”. Кроме того, число приводимых аномальных личностных черт при первом диагнозе было в ряде случаев бо́льшим.

Качественная оценка лиц с аномальными чертами характера (форма, круг, тип реагирования) была определена в заключениях СПЭК лишь у 47 подэкспертных (менее половины всех наблюдений). Чаще всего диагностировались: психопатия истерического круга, психопатия с истерической формой реагирования или истерические черты характера (27 человек). Второе место занимали лица, у которых диагностировалась психопатия (психопатические черты характера) круга возбудимых (19 человек).

В нескольких заключениях СПЭК обосновывалась неправомерность ранее диагностированной у подэкспертных шизофрении.

После первой СПЭ в Институте заключениями комиссий было направлено в распоряжение судебно-следственных учреждений 85 человек; 81 из них были признаны вменяемыми, а о 4 подэкспертных, направленных в Институт из ИТК, было сказано, что они могут продолжать отбывать сроки наказания в местах лишения свободы. Решениями суда 64 человека были приговорены к различным срокам лишения свободы и направлены в ИТК; 4 человека были освобождены от судебной ответственности; 17 человек были возвращены в Институт на повторную СПЭ, так как до момента вынесения судебного приговора у представителей судебно-следственных учреждений возникли сомнения в их психической полноценности. При повторной СПЭ в Институте у этих лиц в основном были диагностированы “реактивные состояния, принявшие затяжное течение” или “состояния декомпенсации психопатии”. Все эти подэкспертные были направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы. На принудительное лечение были также направлены: 10 человек, у которых не был решен вопрос о вменяемости в связи с развитием у них в период СПЭ “реактивных состояний, принявших затяжной характер”, и 19 человек, признанных не-

вменяемыми. Среди этих 19 подэкспертных у 13 вторым, предположительным диагнозом был диагноз "шизофрения"

Таким образом, после первой СПЭ в Институте в ИТК было направлено 64 человека, а на принудительное лечение — 46 человек. После окончания принудительного лечения один подэкспертный, у которого при первой СПЭ в Институте был установлен диагноз: "психопатическая личность с периодическими психотическими состояниями по циклотимическому типу", решением СПЭК больницы был направлен в распоряжение судебно-следственного учреждения, судим, приговорен к лишению свободы и направлен в ИТК. Таким образом, из 114 подэкспертных данной группы всего в ИТК было направлено 65 человек.

Изменение первоначального диагностического заключения на диагноз "шизофрения" производилось СПЭ Института спустя месяцы -- 28 лет (1 человек). В таблице 10 показано распределение всех исследованных подэкспертных по срокам установления заключительного диагноза (4 подгруппы). Как видно из таблицы, примерно в 1/3 случаев диагноз "шизофрения" устанавливался в первые два года, и более чем в 1/3 случаев — спустя 6 и более лет после первой СПЭ в Институте.

Порядковый номер СПЭ, при которой был установлен диагноз "шизофрения", отражен в таблице 11. Как видно из таблицы, в 4/5 всех наблюдений (91 человек) диагноз "шизофрения" был установлен при второй экспертизе.

В период между первой и заключительной СПЭ 55 человек (около половины бывших подэкспертных данной группы) совершили повторные ООД, в ряде случаев неоднократно[1]. Чем позже в Институте устанавливался заключительный диагноз "шизофрения", тем больше совершалось повторных ООД (табл. 17). Таким образом, в первой подгруппе повторные ООД совершила 1/5 часть бывших подэкспертных, во второй-третьей подгруппах число повторных ООД шло по нарастающей, а в четвертой подгруппе почти все бывшие подэкспертные совершили повторные ООД.

В связи с ухудшением психического состояния в период между первой и заключительной СПЭ в Институте в психиатрических учреждениях мест лишения свободы и в психиатрических больницах общего типа лечилось 64 человека второй-четвертой подгрупп. В психиатрических учреждениях мест лишения свободы им обычно устанавливались диагнозы: "декомпенсация психопатии", "реактивное состояние" и "установочно-симулятивное поведение". В психиатрических больницах общего типа чаще всего устанавливался диагноз "шизофрения". Только 13 человек

[1] ООД, совершенные этими подэкспертными, не являлись поводом для их направления на СПЭ.

второй-четвертой подгрупп, признанных вменяемыми после первой СПЭ в Институте, во время отбывания первого и в части случаев повторного сроков лишения свободы (в связи с совершением ими повторных ООД) не были направлены в психиатрические учреждения.

Таким образом, во второй группе подэкспертных обращает на себя внимание не только то, что значительное число лиц лечилось в психиатрических стационарах до периода первой СПЭ в Институте (табл. 4). Примерно столько же человек (если исключить первую подгруппу) проходили лечение в психиатрических учреждениях после первой СПЭ до того, как им был, наконец, установлен в Институте заключительный диагноз шизофрении.

При заключительной СПЭ, во время которой подэкспертным был установлен окончательный диагноз, у 60 человек (более чем в половине всех наблюдений) сотрудниками Института были собраны дополнительные анамнестические сведения. Еще у 19 подэкспертных первоначальные данные, касающиеся их анамнеза и психического статуса, были подвергнуты сотрудниками Института ретроспективной переоценке, при которой были приняты во внимание прежде игнорируемые психопатологические симптомы. Как и в первой группе подэкспертных, в подавляющем числе наблюдений дополнительные анамнестические сведения были получены от самих подэкспертных и (или) их ближайших родственников в период заключительной (обычно второй) СПЭ. Ретроспективная переоценка ранее установленных клинических фактов, как правило, также производилась при второй (заключительной) СПЭ.

Диагноз "шизофрения" обосновывался у 48 подэкспертных (более чем в 2/5 наблюдений) только данными, характеризующими их психический статус. Обоснование диагноза ограничивалось или кратким перечислением негативных расстройств (см. главу 6), или одновременно перечислялись и позитивные симптомы, определяющие психический статус — как правило, без их синдромальной оценки. У 66 подэкспертных при обосновании заключительного диагноза использовались также и анамнестические сведения. Последние могли ограничиваться лишь такими нераскрытыми формулировками: "о диагнозе 'шизофрения' свидетельствуют перенесенные в прошлом психотические состояния ... "; "это были острые психотические состояния со свойственной для шизофрении клинической картиной заболевания ... "; "это были психозы, требовавшие госпитализации в психиатрические больницы, в ряде случаев неоднократной, с диагнозом шизофрении ... " и т.д. В других случаях в заключениях СПЭК в хронологическом порядке перечислялись существовавшие у подэкспертных в прошлом позитивные психопатологические сим-

птомы (часто далеко не все) — при этом их синдромальная оценка обычно отсутствовала. Далее кратко перечислялись основные негативные симптомы. В таблице 12 отражены заключительные диагнозы СПЭК Института. Как видно из таблицы, доминировал диагноз "шизофрения". В ряде случаев имелись указания на осложнение процесса дополнительными вредностями: алкоголизмом, наркоманией, последствиями ЧМТ. Изредка давалась синдромальная оценка продуктивных расстройств, в единичных случаях указывалась форма течения шизофрении.

В 13 заключениях СПЭК Инстиута при установлении диагноза шизофрении приводились объяснения причин первоначальной ошибочной диагностики. Чаще всего такой причиной оказывалась "неправильная оценка психического состояния подэкспертных" в период первой СПЭ.

Данные первоначального анамнеза, дополнительные анамнестические сведения, катамнез, имевшийся у 73 подэкспертных, клинические факты, выявленные в описаниях психических статусов, особенно при заключительных экспертизах, позволили автору с определенной степенью вероятности определить: а) синдромальные особенности и формы течения шизофрении, диагностированной у подэкспертных данной группы в Институте; б) возраст подэкспертных к началу возникновения у них шизофрении; в) особенности начальных психопатологических расстройств; г) ответить на вопрос, в какой период жизни — до или после начала болезни — подэкспертными были совершены ООД, повлекшие за собой их первое направление в Институт.

По данным автора, обследованные подэкспертные принадлежали либо к непрерывной, либо к приступообразно-прогредиентной шизофрении (табл. 13).

Вялотекущая непрерывная шизофрения отличалась неоднородностью своих проявлений. Во всех случаях при ней существовали и обычно доминировали психопатоподобные расстройства. Другим наиболее частым ее симптомом являлись стертые аффективные состояния, чаще — субдепрессивные, реже — гипоманиакальные, и биполярная циркулярность. Третье место по частоте проявлений занимали бредовые идеи. Бред параноидного содержания (идеи отношения, преследования, отравления, колдовства) был обычно несистематизированным или его систематизация носила самый общий характер. В тех случаях, когда содержанием бредовых идей являлась супружеская неверность и особенно — идеи изобретательства и реформаторства (несколько случаев), бред был достаточно систематизированным и его можно было квалифицировать как паранойяльный. В ряде случаев вялопротекающей непрерывной шизофрении психопатоподобные расстройства сопровождались резким падением энергетического потенциала, рудиментарностью аффективных и бредовых

симптомов или же их полным отсутствием. Здесь можно было говорить о простой форме шизофрении. Неврозоподобные расстройства — например, навязчивости — встречались редко и во всех случаях сочетались с психопатоподобными изменениями личности.

Прогредиентная шизофрения определялась преимущественно бредовыми, реже — выраженными галлюцинаторно-бредовыми и еще реже — одними галлюцинаторными расстройствами. У некоторых подэкспертных наблюдались преходящие кататонические симптомы — субступорозные или в форме возбуждения. У двух человек возникла стойкая вторичная (последовательная) кататония в форме ступора. Оба случая были квалифицированы автором как злокачественная шизофрения. Последняя была представлена ранней параноидной формой с быстрым парафренным видоизменением клинической картины, кататоно-бредовыми состояниями или сочетанием бредовых, кататонических и галлюцинаторных расстройств. У части этих подэкспертных отмечались симптомы шизофазии или (и) речевой бессвязности.

У подэкспертных с приступообразно-прогредиентной шизофренией доминировали бредовые и галлюцинаторно-бредовые приступы, и лишь в двух случаях приступы определялись аффективно-бредовыми расстройствами с акцентом на последних. Число приступов обычно колебалось от одного до четырех. Количество приступов, так же, как и число подэкспертных с приступообразно -прогредиентной шизофренией, нельзя было определить точно. До поступления в Институт, в период проведения СПЭ, а также в последующие за ней годы у многих подэкспертных были диагностированы реактивные состояния и декомпенсации психопатии. Возможно, это были приступы эндогенного заболевания. И реактивные состояния, и декомпенсации психопатии отмечались и при непрерывной шизофрении. Поэтому можно допустить, что число подэкспертных в данной группе с диагнозом “приступообразно-прогредиентная шизофрения” первоначально было бóльшим, чем это установлено автором по материалам заключительной СПЭ. Вместе с тем, повторные приступы часто имели тенденцию к затяжному течению, и со временем могла произойти смена приступообразного развития непрерывным. Такой переход, возможно, был обусловлен привходящими обстоятельствами: влиянием экзогенно-органических вредностей, повторными психогениями, перерывами в лечении или недостаточной его интенсивностью.

В 45 заключениях СПЭК было отмечено, что болезнь у подэкспертных началась в детском-юношеском возрасте (в первые 20 лет жизни). Еще у 47 человек о таком же возрасте начала бо-

лезни свидетельствовали факты, отмеченные сотрудниками Института в дополнительных анамнестических сведениях и в описаниях психического состояния подэкспертных в период СПЭ, установившей окончательный диагноз. В заключениях СПЭК сведения о раннем начале болезни у этих 47 человек упомянуты не были. Анализ клинических данных позволил автору сделать вывод о том, что еще у четырех подэкспертных этой группы болезнь началась в детском-юношеском возрасте. Таким образом, у 96 подэкспертных шизофренический процесс возник в первые 20 лет жизни, преимущественно в пубертатном периоде. Лишь у 18 подэкспертных болезнь началась в последующие годы, чаще всего в возрасте от 21 года до 30 лет.

Независимо от возраста, в котором началась болезнь, и формы ее течения, у всех подэкспертных данной группы существовали психопатоподобные расстройства, отмечавшиеся либо на начальном этапе болезни, либо в течение многих лет и даже на всем протяжении заболевания. Более чем у 1/3 подэкспертных они включали в свою структуру гебоидный компонент, часто выступавший на первый план среди аномальных личностных особенностей.

При вялопротекающей шизофрении психопатоподобные расстройства существовали на протяжении всей болезни. При непрерывной (бредовой) шизофрении они могли продолжаться до 10-15 лет и более. При приступообразно-прогредиентной шизофрении, если со временем приступообразное развитие сменялось непрерывным или же приступ продолжался в течение года и дольше, психопатоподобные расстройства существовали примерно такое же время, как и при непрерывной (бредовой) шизофрении. Если болезнь на всем своем протяжении сохраняла приступообразное развитие, психопатоподобные расстройства наблюдались вне приступов по два и более десятков лет — в течение всего времени, пока подэкспертный находился в поле зрения сотрудников Института. Если при этом приступы не сопровождались развитием интенсивных психотических расстройств (в первую очередь бреда и автоматизмов), аномальные личностные черты могли быть выявлены и в период приступов. Таким образом, во всех перечисленных случаях психопатоподобные расстройсва являлись не только начальным проявлением болезни, но могли сохраняться на всем ее протяжении (при приступообразном течении). Психопатоподобный этап развития болезни оказался наиболее коротким — от двух до шести лет — при злокачественной шизофрении.

Ответ на вопрос, в какой период жизни — до или после начала болезни — подэкспертными были совершены ООД, повлекшие за собой их направление на первую экспертизу в Институт, в заключениях СПЭК, установивших окончательный диагноз,

имелся лишь в единичных случаях. Анализ клинических фактов позволил сделать вывод о том, что 113 подэкспертных данной группы заболели психически до того, как они совершили ООД, послужившее поводом для помещения их в Институт на первую СПЭ. Лишь один подэкспертный заболел психически после совершения им ООД. В период первой СПЭ этот подэкспертный уже находился в состоянии хронической психической болезни.

Анализ имеющихся клинических фактов показал: аномальные личностные черты, диагностируемые в Институте как “психопатическая личность”, “психопатические черты характера” и т.д., которые расценивались у подэкспертных данной группы в качестве статических состояний, на самом деле являлись результатом динамики, в основе которой находился шизофреничекий процесс. Его интенсивностью и, возможно, дополнительными вредностями определялась продолжительность существования “нажитых” аномальных личностных особенностей.

Наблюдение N 7. “Е., 1949 г.р. Обвиняется в краже наркотиков. На стационарное обследование в Институт им. В.П.Сербского поступил 26 ноября 1966 года.

Со слов испытуемого, его матери, материалов уголовного дела и медицинской документации известно, что младший брат испытуемого страдает травматической энцефалопатией, а сестра — истерией. Испытуемый рос и развивался правильно. В детстве болел корью, ветрянкой, свинкой, лимфаденитом. По характеру всегда был общительным, имел много друзей и знакомых. Со слов испытуемого известно, что с десятилетнего возраста связался с компанией уличных мальчишек, стал употреблять алкогольные напитки. Пил часто, однако к суррогатам не прибегал. Изменился по характеру, стал недисциплинированным, не слушал родителей, был грубым, раздражительным, чувствовал себя легко только в компании своих сверстников. Вследствие частых прогулов заметно снизилась успеваемость в школе, дублировал 7 класс. Не захотел учиться в школе, поступил на работу макетчиком, однако к работе относился недобросовестно, имел несколько выговоров и взысканий за прогулы. С середины 1963 года начал употреблять наркотики. Со слов испытуемого, ежедневно курил “план”, внутривенно вводил себе до 5 миллилитров раствора морфия или настойки опия, иногда принимал барбитураты (мединал, барбамил, нембутал). Домой приходил с затуманенным взором, ничего не ел, часто дома не ночевал. Интерес к работе и культурной жизни пропал, перестал читать книги. В лексиконе появился воровской жаргон, на теле — грубые татуировки. По материалам дела известно, что в течение 1964 года совместно с соучастниками испытуемым было совершено 6 краж, за что при-

влекался к уголовной ответственности и был условно осужден к 1 1/2 годам лишения свободы. Был передан на поруки коллективу института "Гипровуз". По делу проходил АСПЭК в Московском городском диспансере для детей и подростков, где было дано заключение о том, что испытуемый душевным заболеванием не страдает, обнаруживает "черты нервно-психической неустойчивости, вменяем". В связи со злоупотреблением алкоголя и наркотиков в семье возникали ссоры. Отец часто наказывал испытуемого, поэтому он уходил из дома, прятался на чердаке. Мать испытуемого сообщает противоречивые сведения, не подтверждаемые самим испытуемым и объективными данными. Так, по ее словам, якобы в девятилетнем возрасте испытуемый упал с третьего этажа, но без последствий. С 12 лет у него появились "странности в поведении": сжигал дома вещи, попадавшие под руку, разбил приемник, постоянно что-то искал по углам комнаты, не объясняя своих поступков. Мать утверждает, что якобы последние два года испытуемый ни с кем не разговаривал, лежал в кровати, смотрел в одну точку, ничем не интересовался. В связи с неправильным поведением, по просьбе матери, испытуемый был стационирован в Московскую городскую больницу N 15, где находился с 5 сентября 1965 года по 17 ноября 1965 года с диагнозом: "Патологическое развитие личности. Наркомания (но нельзя не думать о простой вялотекущей форме шизофрении)". С 25 марта 1966 года по 27 июня 1966 года вновь находился в этой больнице с диагнозом: "шизофрения (простая форма)". Как видно из выписки 15 больницы, испытуемый был в обращении с персоналом груб, употреблял воровской жаргон, организовал группу наркоманов, вызывающе вел себя, бил больных, пытался делать татуировки другим больным, пел под гитару песни непристойного содержания, совершил побег. После выписки из психиатрической больницы N 15 продолжал употреблять наркотики, дома был груб, не помогал по хозяйству, часто прогуливал на работе. С 23 марта 1966 года с диагнозом: "шизофрения, наркомания" находился на учете в ПНД Кировского района города Москвы. 1 сентября 1966 года, совместно с соучастниками, предварительно введя себе раствор барбамила, захватив орудие взлома, испытуемый отправился на территорию института имени Вишневского, чтобы совершить кражу наркотиков. По ошибке они очутились в зубном кабинете поликлиники, в который проникли через окно. Не найдя морфия, украли три шприца. Заметив через стекло двери шагающего по коридору сторожа, вынуждены были остаться в зубном кабинете до 24 часов. В этот промежуток времени, как видно из материалов дела, испытуемый уснул. В 24 часа сообщники пытались через стекло проникнуть в здание аптеки, но были обнаружены сторожем, а затем задержаны работниками милиции. Из материалов дела известно, что во

время совершения правонарушения испытуемый поддерживал правильный контакт с окружающими, у него не наблюдалось расстройств координации и какой-либо психотической симптоматики".

"В настоящее время при обследовании в Институте обнаружено следующее: на кистях рук и предплечье левой руки имеется татуировка. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не наблюдается. Нервная система: отмечается недостаточность конвергенции левого глазного яблока и легкая сглаженность левой носогубной складки. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние. Испытуемый охотно вступает в беседу, на заданные вопросы отвечает правильно, по существу. Во время беседы держится свободно, непринужденно, сведения о себе сообщает достаточно последовательно и подробно. С бравадой и без тени смущения сообщает о злоупотреблении алкоголем и наркотиками. Рассказывая об этом, старается преувеличить количество употребляемых им наркотических веществ, уверяет, что ежедневно вводил себе по несколько раз по 5 миллилитров настойки опия. В то же время сообщает, что состояние абстиненции (отсутствие наркотиков) перенес легко, отмечал у себя лишь в первые дни ареста состояние бессонницы и ощущение "ломоты" в мышцах тела. В отделении общителен, быстро нашел темы для разговоров с другими испытуемыми, играл с ними в настольные игры, читал художественную литературу. Оживленно и красочно рассказывал окружающим о своих "похождениях", заведомо преувеличивая свое участие в совершенных правонарушениях. Стремясь показать себя "бывалым человеком", сообщил, что сидел в колонии, где "многому научился". В первые дни пребывания в Институте несерьезно относился к сложившейся ситуации. В дальнейшем, в процессе проведения экспертизы, стал угрюмым, несколько напряженным, перестал посещать трудовые мастерские, отлынивал от трудовых процессов. Своего правонарушения не отрицает, сожалеет о содеянном, однако старается показать, что его мало волнует дальнейшая судьба; в то же время озабочен сложившейся судебной ситуацией, правильно понимает возможность последствия совершенного правонарушения, дает аффективные реакции на замечания окружающих. При обследовании интеллекта отмечается небрежность выполнения предъявляемых задач, однако при настойчивом побуждении удается привлечь внимание, после этого без особого труда и ошибок выполняет все предлагаемые ему задания, обнаруживая при этом достаточную собранность, целеустремленность, отсутствие расстройств памяти и запоминания, способность к абстрактному мышлению. Интеллект невысокого

уровня, соответствует возрасту и полученным знаниям. Суждения несколько поверхностны, незрелы, однако в практических жизненных вопросах и материалах судебного дела ориентируется достаточно хорошо. Мышление последовательное и логичное. Галлюцинаций, бреда и других психопатологических симптомов не обнаруживает. Критика к своему состоянию и создавшейся ситуации не нарушена".

Выдержки из текста экспериментально-психологического исследования, проведенного 19 декабря 1966 года (взяты автором из истории болезни подэкспертного).

"Испытуемый держится несколько развязно, без смущения рассказывает о своем правонарушении и употреблении наркотиков. Заключение. Можно отметить особенности поведения испытуемого, недостаточность оценки своих поступков, недостаточность самоконтроля, внимания".

"На основании вышеизложеного комиссия приходит к заключению, что Е. психическим заболеванием не страдает, обнаруживает психопатические черты характера со склонностью к злоупотреблению наркотиками. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о длительном злоупотреблении наркотическими веществами, а также настоящее психиатрическое обследование, выявившее черты аффективной неустойчивости, вспыльчивости, раздражительности. В период правонарушения, как это видно из материалов уголовного дела, признаков какого-либо временного болезненного расстройства душевной деятельности не обнаруживал. Поэтому, как недушевнобольного, в отношении инкриминируемых ему деяний Е. следует считать вменяемым. Экспертиза не считает возможным согласиться с поставленным испытуемому в Московской психиатрической больнице N 15 диагнозом: "шизофрения (простая форма)" в связи с тем, что в его психическом состоянии не отмечается типичных для этой формы заболевания нарастающих симптомов нарушения мышления, эмоциональной сферы, нет снижения критических способностей. Отмечаемые в его психическом состоянии некоторая вялость, снижение интересов, огрубение личности не представляют собой симптомов процессуального заболевания, а являются следствием социальной деградации, связанной с запущенностью воспитания и длительным злоупотреблением наркотическими веществами и алкоголем. В пребывании в психиатрической больнице не нуждается".

Катамнез (сведения взяты из акта СПЭ Института — январь 1972 года).

"Был осужден на 1 1/2 года лишения свободы. После освобождения в 1967 году вернулся в Москву, жил у родителей. Продолжал злоупотреблять наркотиками, в наркотическом опьянении был грубым, раздражительным, конфликтовал с родными.

Когда не принимал наркотиков, становился вялым, бездеятельным, ничем не интересовался, временами был подавлен, заявлял, что "все равно умирать". Враждебно относился к отцу, часто избивал его. Постоянного места работы не имел, долго на одном месте не удерживался, не выходил на работу, мотивируя тем, что ему не нравилось здание, люди. В 1968 году с 14 мая по 8 июня находился на лечении в психиатрической больнице N 15. Был выписан с диагнозом: "психопатия", но в истории болезни отмечено, что испытуемый диагностически не совсем ясен. В 1970 году испытуемый дважды находился в психиатрической больнице имени Кащенко — с 16 мая по 4 июня и с 17 декабря по 22 декабря с диагнозом: "психопатия, осложненная полинаркоманией". В 1971 году испытуемый вновь был стационирован в больницу имени Кащенко, где находился с 7 января по 12 января с диагнозом: "хронический алкоголизм у психопатической личности". На протяжении лета 1971 года испытуемый совместно с соучастниками совершил около 20 квартирных краж. Во время следствия по данному делу он давал подробные показания, не отрицал содеяного. При АСПЭК охотно вступал в беседу, держался без чувства дистанции, откровенно, без смущения рассказывал о совершенных кражах, считал свои поступки "нормальными", говорил, что они "не хуже обычной работы", что "все люди воровали бы, если бы не боялись наказания". Был вял, однообразен, отмечалось снижение интересов. Эмоциональное огрубение".

"В стационар Института поступил 9 декабря 1971 года. 10 января 1972 года испытуемый представлялся на экспертную комиссию Института, но в связи с неясностью клинической картины срок его пребывания был продлен".

Заключительная СПЭ состоялась 7 февраля 1972 года.

"Со слов испытуемого, его матери, из медицинской документации и материалов уголовного дела известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Отец испытуемого по характеру замкнутый, малообщительный, жестокий, часто избивал жену, детей. Родная сестра страдает эпилепсией. Младший брат состоит на учете в ПНД по поводу травматической энцефалопатии. Со слов матери известно, что с четырехлетнего возраста воспитатели детсада отмечали у испытуемого необщительность, среди детей он держался одиноко, мог подолгу находиться в одной позе, часами играть одной игрушкой, игры были бедными, однообразными. Дома рисовал всегда один и тот же рисунок. В школе также был малообщительным, замкнутым, близких друзей не имел. До 5 класса учился хорошо, затем, примерно с 12 лет, успеваемость резко ухудшилась, пропал интерес к занятиям, во время уроков часто отказывался от-

вечать, без разрешения уходил от доски. Родителям говорил, что он все знает, но у него "вдруг все уходит из головы" и он ничего не помнит. С 14 лет стал употреблять наркотики. После условного осуждения на 1 1/2 года продолжал злоупотреблять наркотиками, был бездеятельным, дома большую часть времени лежал, устремив взгляд в одну точку, временами стереотипно рисовал кресты, могильные холмики. В связи с таким состоянием был консультирован психиатром и направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу N 15. Первое время пребывания в больнице был тих, малозаметен, с окружающими общался мало, ни к чему не проявлял интереса; в дальнейшем поведение изменилось, вел себя развязно, организовал группу больных, вместе с которыми без причины нападал на других больных, избивал их, требовал наркотиков, угрожал побегом. Лечился инсулиношоковой терапией. После проведенного лечения стал спокойнее, упорядоченнее. В амбулаторной карте диспансера отмечено, что испытуемый после выписки из больницы продолжал злоупотреблять наркотиками, часто не выходил на работу, заявлял, что ему "просто не хочется работать". Был вялым, бездеятельным. На приеме у врача был вял, в контакт вступал неохотно, говорил, что ему ничего не хочется делать, ничто не радует. Отказывался от лечения".

"При настоящем обследовании в Институте установлено следующее: соматическое и неврологическое состояние — без особенностей.

Психическое состояние: первое время пребывания в Институте испытуемый в контакт вступал неохотно. Во время беседы был вял, безразличен, сведения о себе сообщал формально, односложно, монотонным голосом, не проявлял заинтересованности в беседе. Иногда внезапно умолкал, пытался уйти, с неадекватной улыбкой говорил, что у него "нет мыслей", "все надоело". Не понимал цели его направления в Институт, утверждал, что он психически здоров — в то же время легко соглашался остаться "полечиться". Сообщил, что в прошлом у него периодически бывали такие состояния, когда он испытывал ко всему безразличие, не мог ни о чем думать, не хотел двигаться. Отмечал, что в последнее время такое состояние стало постоянным: "нет ни к чему интереса", "ничто не радует". После приема наркотиков настроение несколько улучшалось, "становилось интересно". Без эмоциональной окраски говорит, что намерен и в дальнейшем употреблять наркотики, так как у него "все друзья наркоманы". При упоминании о родных раздражается, злобно говорит об отце, заявлял, что ненавидит его, так как тот "вмешивался" в его жизнь. О правонарушении сообщал, что стал совершать кражи по предложению соучастников, не мог отказать им, так как "было все равно" — а "потом понравилось, было

интересно заходить в чужие квартиры, работать в перчатках". О содеянном не сожалеет, со смехом говорит, что "эта работа не хуже другой"; "все воруют, и я воровал и буду воровать". Обеспокоенности по поводу сложившейся ситуации не проявляет, говорит, что ему "безразлично, где находиться". Мышление испытуемого было замедленным, с явлением задержки мыслительного процесса, с элементами соскальзывания. Эмоционально уплощен, неадекватен. К своему состоянию и содеянному относится без критики. В дальнейшем состояние испытуемого изменилось, и в настоящее время он заторможен, большую часть времени лежит в постели, укрывшись с головой одеялом, интереса ни к чему не проявляет, с окружающими не общается, за своим внешним видом не следит. При обращении открывает глаза, на вопросы не отвечает. Периодически отказывается от приема пищи, ест продукты только из передачи".

В дневниках среднего медперсонала постоянно встречаются записи о том, что "больной тосклив" (добавление автора).

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению: данные медицинской документации в сопоставлении с результатами повторного исследования дают основание считать, что Е. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, осложненной полинаркоманией. У испытуемого примерно с подросткового возраста наступило изменение психического состояния, что выражалось в появлении интеллектуального снижения и эмоциональных расстройств: снизилась успеваемость в школе, наряду с повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, появилась холодность, немотивированое неприязненное отношение к близким, склонность к злоупотреблению наркотиками. В последние годы указанные изменения личности стали более отчетливыми: выявилось эмоциональное огрубение, социальная дезадаптация, что сочетается с обнаруженными при настоящем стационарном обследовании нарушениями мышления и критики. Психическое заболевание в данном случае характеризовалось медленным течением и, как это нередко наблюдается, психопатоподобной формой поведения, что затрудняло (в том числе и в Институте имени В.П.Сербского в 1966 году) правильную квалификацию болезненного состояния и диагностику. Как душевнобольного, в отношении инкриминируемых ему деяний, совершенных в болезненном состоянии, Е. следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию в настоящее время, учитывая стойкие антисоциальные установки испытуемого, совершение повторных ООД в соучастии с другими лицами, Е. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа".

Анализ болезни Е., проведенный автором.

Психические расстройства возникли у Е. в раннем детском возрасте (в 4 года) и проявились синдромом Каннера (синдромом раннего детского аутизма). У Е. отмечались такие симптомы, как замкнутость, отчужденность от окружающего, отсутствие живости и любознательности, однообразное поведение, бедность и замедленность моторики, бедность и стереотипность игровой деятельности (часами играл одной игрушкой, рисовал одно и то же). Перечисленные расстройства следует отнести к начальным проявлениям шизофренического процесса и расценить как шизофренический шуб. Начиная с раннего пубертатного периода болезнь у Е. развивалась непрерывно. Начальные ее проявления определялись возникновением негативных симптомов: резким падением энергетического потенциала (данные школьного анамнеза), эмоционально-волевыми расстройствами (раздражительность, грубость, непослушание, потеря интереса к окружающему), психопатоподобными нарушениями (асоциальное поведение, злоупотребление наркотическими средствами). Особенности психопатоподобных расстройств, в частности, асоциальное поведение, во многом определялись наличием у Е. выраженного психического инфантилизма, сопровождавшегося повышенной внушаемостью ("стал совершать кражи по предложению соучастников, не мог отказать им"). Наличие психического инфантилизма также свидетельствует о раннем начале болезни. Продуктивные симптомы определялись в первую очередь стертой биполярной циркулярностью с преобладанием затяжных субдепрессивных состояний. Субдепрессии сопровождались выраженной адинамией, непродолжительные гипоманиакальные состояния — отчетливым дисфорическим компонентом. При гипоманиях особенно отчетливо проявлялся психический инфантилизм (наивные рассказы Е. о своих криминальных "похождениях"). Отсутствие усложнения продуктивных психопатологических расстройств на протяжении многих лет болезни позволяет говорить о ее вялом развитии, в котором преобладали негативные симптомы. Их выраженность позволяет диагностировать у Е. развитие болезни по типу "simplex-синдрома". Психическое состояние Е. и при его первом стационировании в психиатрическую больницу N 15, и в период проведения ему обеих СПЭ в Институте отличалось однотипностью клинической картины. Первоначально установленный Е. в психиатрической больнице N 15 предположительный диагноз: "шизофрения (простая форма)" был правильным.

Диагноз: "вялопротекающая простая форма шизофрении, осложненая симптоматической полинаркоманией".

Появление у Е. в период второй СПЭ выраженного подавленного настроения и идеомоторной заторможенности указывает на возможность последующего развития у него манифестного психоза, например, с симптомами кататонии. Таким образом, не исключено, что вялое развитие болезни является лишь ее начальным этапом.

Наблюдение N 8. "П., 1937 года рождения. Обвиняется в убийстве сына. В Институте она находилась с 11 апреля 1968 года. 13 мая 1968 года П. была представлена на СПЭК, но в связи с неясностью клинической картины вопрос о ее психическом состоянии и вменяемости испытуемой не был решен. Срок ее пребывания в Институте был продлен на один месяц.

Со слов испытуемой, из материалов уголовного дела и данных медицинской документации известно следующее. Родилась испытуемая в семье служащего, одна дочь у родителей. Дед и дядя по линии отца покончили жизнь самоубийством. С раннего детства росла беспокойной, капризной, по ночам плохо спала. Уже в дошкольном возрасте она обнаруживала повышенную впечатлительность, ранимость, не терпела замечаний и невнимания, тяжело переживала даже незначительные обиды. Очень рано у нее с матерью сложились конфликтные отношения, в связи с тем, что мать, по словам испытуемой, была "невнимательной" к ней, "никогда не понимала" ее, "не проявляла внутреннего тепла", была резка с ней. Как сообщает испытуемая, примерно с 6-8 лет она стала бурно реагировать на ссоры с матерью, после которых нередко убегала из дома, чаще всего в лес, и "находила себе утешение" в фантазиях. В такие периоды она ярко и образно представляла себе, что у нее друзья — "добрые и понимающие", ласковая и очаровательная мать, а "настоящая" мать представлялась мачехой. В фантазиях она рисовала себя хозяйкой большого красивого замка "в готическом стиле", с тремя холлами и удобным "ложем". В нем не было недобрых людей, прислуживали только тролли, которые выполняли любые ее желания. В замке постоянно звучала "божественная органная музыка". В состояние фантазирования испытуемая включалась сознательно, и каждый раз в трудной ситуации. В школу испытуемая была определена восьми лет. До 5 класса училась отлично, старалась быть первой, бурно переживала свои успехи и неуспехи. Уже в 10-12 лет она увлекалась театром, стихами, мечтала стать балериной, некоторое время даже посещала балетную школу. После пятого класса по математике у нее была четверка, а по остальным предметам — отличные оценки. Весь школьный период испытуемая была общительной, имела много друзей, была очень отзывчива. Вместе с тем, по-прежнему оставалась ранимой, эгоцентричной, любила поклонение, не терпела равноду-

шия. После неприятностей, как и прежде, фантазировала, причем сюжет фантазий менялся в зависимости от обстоятельств. Вымыслы были иногда такими яркими, что испытуемой, по ее словам, не всегда удавалось восстановить в памяти то, чтó было в действительности, что — представлялось в фантазиях. В период обучения в последних классах школы у испытуемой были обнаружены явления “ревмокардита и тиреотоксикоза” и, по показаниям матери, она была освобождена от экзаменов на аттестат зрелости. В 1955 году она поступила в педагогический институт на факультет иностранных языков. В 1957 году родители испытуемой переехали в другой город, а испытуемая осталась на прежнем месте жительства и продолжала учебу в институте. В 1960 году испытуемая успешно закончила институт и переехала в другой город, где жили ее родители. Устроилась работать переводчиком на автозавод и работала там до 1963 года. В 1963 году испытуемая работала заведующей кабинетом иностранных языков технического института, где, как это видно из производственной характеристики, она проявила себя с положительной стороны. В 1964 году испытуемая прошла по конкурсу в педагогический институт на должность ассистента кафедры французского языка, где и работала до привлечения к уголовной ответственности. В уголовном деле также имеется производственная характеристика на испытуемую, из которой видно, что по учебной работе она имела ряд замечаний по качеству подготовки к занятиям и методике их проведения. Вместе с тем отмечено, что испытуемая много работала над повышением своей квалификации. Имела общественные поручения: два раза избиралась в состав партбюро факультета, руководила работой студенческого общества “Знание”. За участие в подготовке и проведении смотра самодеятельного искусства в институте ей была объявлена благодарность. Кроме того, испытуемая вела общественную работу вне института: была внештатным лектором обкома комсомола, членом совета “Двора книги”. Наряду с этим, она в течение последних шести лет в летнее время работала гидом в институте. Трижды выезжала за границу по туристическим путевкам. В 1962 году вышла замуж, в 1963 году родила сына. Семейная жизнь сложилась неудачно: по показаниям матери испытуемой и самой испытуемой, муж был плохим семьянином, не уделял внимания воспитанию сына, плохо относился к нему. В дальнейшем он стал злоупотреблять алкоголем, был неверен испытуемой. В доме были частые скандалы, ссоры. По словам испытуемой, родители мужа также плохо относились к ней, говорили ей, что она плохая хозяйка и не пара их сыну. Испытуемая это тяжело переживала, плохо спала ночами. Муж испытуемой говорит, что испытуемая была холодна в отношении к сыну, сын бóльшую часть времени находился у родителей испытуемой. В

1966 году по инициативе испытуемой и ее матери брак был расторгнут. Испытуемая осталась жить в квартире одна, сына же отдала своим родителям. Мать неоднократно упрекала испытуемую в ее неустроенности, неудачном замужестве, неприспособленности к жизни, а также в том, что она не может устроить сына в детдом, что с ее "избалованным" сыном ей приходится очень тяжело. Испытуемая тяжело переживала упреки матери, у нее возникали мысли о самоубийстве. Испытуемая последнее время перед правонарушением неоднократно заявляла родителям: "Мне остается один единственный выход — убить Фредди (сына — авт.) и себя". Вместе с тем, и в это время испытуемая оставалась общительной, имела много друзей и знакомых, любила быть в центре внимания, подчеркивала постоянно свою склонность к возвышенным интересам. Все знакомые и близкие приблизительно одинаково характеризуют испытуемую в своих показаниях: "Очень чувствительная, романтичная, экзальтированная, очень мечтала о счатье и хотела быть счастливой. Всегда испытывала недоумение и боль от тягот жизни. Одевалась экстравагантно, старалась подражать Западу. Интересовалась зарубежной культурой и литературой. В обществе была корректная, жизнерадостная, скромная". Психических нарушений у испытуемой никто не замечал. Испытуемая часто болела гриппом, катаром верхних дыхательных путей. В имеющейся в деле амбулаторной карте врачами ставился диагноз: "неврастенический синдром". В 1955 году испытуемая три недели находилась на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: "функциональное расстройство нервной системы, гипертиреоз умеренно выраженный, переутомление, хронический ринит". На учете у психиатров испытуемая не состояла, в психиатрических больницах не лечилась.

В 1963 году, еще будучи замужем, испытуемая познакомилась с Н., полюбила его и вступила с ним в интимную связь. О своих отношениях с Н. испытуемая в своих показаниях говорила следующее: "Я его безумно любила, за несколько дней до условленной встречи с ним я не могла ни есть, ни спать. С этого времени стала курить; чтобы заснуть, принимала много снотворных. После того, как он уходил, у меня возникало чувство опустошения, страха и всегда возникал вопрос, почему у меня не так, как это бывает у всех людей. Мне казалось, что когда я с ним встречалась, то совершала какое-то преступление против Фредди и моих родителей. Кроме как с ним, мне ни с кем не хотелось быть. Перед встречей с ним я выпивала 30-40 капель корвалола, меня всю трясло, но я могла себя внешне сдерживать. Я была под его влиянием, как под гипнозом. Говорила ему, что из-за него покончу жизнь самоубийством. В ноябре 1967 года, после одной из

встреч с Н., я решила отравиться, приняла 15 таблеток барбамила. Меня стало тошнить, я выпила молока, и меня вырвало". У испытуемой бывали разговоры с Н. о сыне: "Он никогда не считался с моим временем, что я занята с Фредди". "А что Фредди, — говорил он, — Фредди пусть будет с родителями, он для них — развлечение". 9 марта 1968 года Н. условился с испытуемой о встрече. В 7.30 он позвонил ей и сказал, что придти не может. При этом он добавил: "Можете идти к родителям и Фредди". Как сообщает испытуемая, "настроение стало ужасным". В показаниях свидетеля есть указания на то, что вечером "она была явно возбуждена, несколько рассеянней обычного. Руки дрожали, курила". 10 марта 1968 года днем испытуемая пришла к родителям, мать вновь стала упрекать ее в неустроенности, говорила, что сын капризный и она устала с ним. "Я все это время была в очень напряженном нервном состоянии и все время думала о самоубийстве, во мне как-то подсознательно проснулось что-то страшное — убийство, а потом самоубийство". Испытуемая привела сына к себе на квартиру и удушила его. После убийства в квартире раздался телефонный звонок. "Я взяла трубку, но никто ничего не говорил. По дыханию я узнала, что это Н. Повесила трубку — правда, хотела сказать ему, что ненавижу Вас, окончательно меня затравили". После ареста, в процессе следствия испытуемая на допросах давала последовательные биографические сведения, объясняла убийство сына, раскаивалась в совершении содеянного. 4 апреля 1968 года при АСПЭК в ПНД испытуемая легко вступала в контакт, однако на задаваемый вопрос прямых ответов не давала, начинала издалека. Держалась независимо, с достоинством. Во время разговора о ребенке на глазах у нее появлялись слезы, голос становился дрожащим. Свое правонарушение объясняла тем, что она устала жить, что не видела выхода из "создавшейся ситуации", однако подробно "ситуацию не раскрывала".

"При обследовании в Институте в настоящее время установлено следующее. Заключение терапевта и эндокринолога: "диффузно-токсический зоб I-II степени с явлениями токсикоза средней тяжести". Неврологическое состояние. У испытуемой отмечается пучеглазие, зрачки широкие, равномерные, с живой реакцией на свет. Отмечается сипмптом Грефе, Мёбиуса. Отмечается повышенная потливость, вегетативно-сосудистая неустойчивость. Заключение невропатолога: "признаков очагового поражения головного мозга не отмечается".

Психическое состояние. Испытуемая жеманна, ведет себя театрально, склонна к рисовке, позе. Во время первой беседы с врачом она с большой готовностью рассказала о том, что все последние годы ей очень тяжело жилось, что ни мать, ни бывший муж, ни Н. не пытались разобраться в ее состоянии и как-

то помочь ей, что она "истерзана" и устала — а, напротив, только предъявляли к ней разные претензии, обижали. С внешним равнодушием и бравадой заявила, что она убила сына, так как они "довели" ее: "Какая разница — одним человеком меньше или больше". В последующее время испытуемая иногда охотно беседовала с врачами, старалась вызвать сострадание, заявляла, что никому не понять ее души, что никто не испытал столько мучений, что к ней всегда и все были несправедливо равнодушны, в то время как она старалась делать людям только добро. Временами беседы с испытуемой не удавались, так как она была мрачна, тосклива и, вместе с тем, на все вопросы отвечала, что ей хорошо, ее ничто не беспокоит, ничто не тревожит. Постепенно состояние испытуемой изменилось. Депрессивное настроение стало более постоянным, в беседе она по-истерически вытесняла тяжкую для нее ситуацию ("Фредди жив, скоро надо будет определять его в музыкальную и специальную школу. Надо купить ему костюмчик", — и т.д.), иногда давала псевдодементные ответы. Периодически (чаще всего по ночам) она сидела в одной позе в постели, устремив взгляд в одну точку. При этом выражение лица ее становилось то мрачным, то "отсутствующим", то экстатическим. В такие периоды она "видела" "Хемингуэя, Эдит Пиаф" и других "гениальных" людей и громко разговаривала с ними, чаще всего на французском языке. При попытке контакта с ней в этом состоянии испытуемая не сразу начинала отвечать на вопросы, а некоторое время растерянно озиралась по сторонам, недоуменно смотрела на собеседника. Постепенно, однако, она начинала отвечать на вопросы по существу и с большой эмоциональной насыщенностью сообщила, как ей было хорошо, какие это великие люди, как они ее понимают. Иногда во время беседы испытуемая призывала врача посмотреть, какой у нее красивый замок, какие кругом горы, эдельвейсы и т.д. При этом нередко удавалось вызвать внушением истерические зрительные галлюцинации: при просьбе сказать, какие цветы растут здесь (врач указывал на пол кабинета), испытуемая в экстазе "собирала" красные гвоздики, отрывала их корешки, отряхивала землю, клала на стол, любовалась ими, просила разрешения взять их. Сообщая о замке, испытуемая говорила, что она — его хозяйка, называла себя Глорией Огневской, матерью Терезой, ангелом, призванной совершить "величайшую миссию во всем мире". Иногда в одной и той же беседе испытуемая высказывала разные отношения к содеянному: то говорила, что сына у нее никогда не было и всю "эту историю" подстроили противники ее "миссии" с целью избавиться от нее, то со слезами на глазах заявляла: "Это неправда — Фредди жив!" Иногда при этом она легко включалась в свои фантастические

переживания и заявляла, что сразу после ссоры с матерью (в день правонарушения) листья на деревьях говорили голосом Н.: "Зачем этот Вам ребенок, избавьтесь от него". В отделении Института испытуемая держится несколько отгороженно от окружающих, много лежит, читает или ничем не занята. Часто ищет контакта с врачами и персоналом. Она высказывала суицидальные мысли, заявляла, что жизнь ее теперь не имеет смысла, просила сделать ей "смертельный" укол. Временами становилась аффективно напряженной, металась, заламывала руки, рыдала, говорила, что не может найти себе места. Вскоре после комиссии испытуемая днем 3 июля 1968 года пыталась затянуть себе шею резинкой от трусов. Во время последующей длительной беседы рыдала, говорила капризным голосом, опять повторяла, что никто и никогда не старался понять ее, что ей очень тяжело, просила точно осведомить о ее дальнейшей судьбе".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что П. до правонарушения психическим заболеванием не страдала, является психопатической личностью истерического круга со склонностью к фантазированию и обнаруживает тиреотоксикоз средней степени (смотри заключение терапевта). О наличии у П. психопатических особенностей свидетельствуют данные анамнеза с указанием о наличии у нее с детства повышенной реактивности, эгоцентризма, склонности реагировать на неприятности уходом в истерические фантазии, стремления быть оригинальной, находиться в центре внимания, эксцентричность. Указанные особенности личности испытуемой не были, однако, значительно выраженными и не мешали ей успешно учиться, продвигаться по службе, выполнять общественную работу. Отмеченные характерологические особенности не сопровождались также расстройствами мышления, критических способностей и какими-либо расстройствами социальной адаптации. В период времени, относящийся к инкриминируемому ей деянию, П. признаков какого-либо временного расстройства психической деятельности также не обнаруживала, а находилась в состоянии аффективной реакции, связанной с психотравмирующей ситуацией в семье, но не носившей, однако, болезненного характера. Как видно из материалов уголовного дела, в то время у П. не наблюдалось ни признаков расстроенного сознания, ни психотических переживаний, ни извращенного восприятия окружающего. Поэтому, как недушевнобольную, в отношении инкриминируемого ей деяния П. следует считать вменяемой. Однако после совершения правонарушения у П. развилось реактивное состояние с депрессивным синдромом и бредоподобными фантазиями, которое в настоящее время приняло затяжное течение, в связи с чем она нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа до выхода из болезнен-

ного состояния, *после чего может предстать перед судом*" (курсив мой — Н.Ш.).

Катамнез (сведения взяты из акта СПЭ Института — ноябрь 1970 года).

"П. была переведена в республиканскую Казанскую психиатрическую больницу. За время пребывания в республиканской Казанской психиатрической больнице настроение испытуемой было стойко пониженным, чаще она была угнетена, совершила несколько суицидальных попыток. Периодически П. высказывала подозрение, что ее отравляют, действуют на нее лучом, "крадут" у нее мысли. Подолгу отказывалась от еды. В больнице П. находилась с 19 сентября 1968 года по 13 ноября 1970 года с диагнозом: "затянувшееся реактивное состояние с бредовыми идеями преследования, воздействия, отравления. Шизофрения с истерическими проявлениями".

"13 ноября 1970 года П. поступила в Институт имени Сербского на повторную СПЭ. 10 декабря 1970 года П. представлялась на комиссию, однако вопрос о ее психическом состоянии не был решен в связи с неясностью клинической картины".

Заключительная СПЭ была проведена 12 марта 1971 года.

"Со слов испытуемой, из материалов уголовного дела и медицинской документации" — дополнение к предыдущему анамнезу.

"Испытуемая рассказывает, что с раннего детства "видела в себе две противоположности". С одной стороны, она любила быть в обществе знакомых ей людей, с другой — "появлялась острая потребность быть одной". Примерно с девятилетнего возраста П. поняла, что она святая Тереза, так как услышала голос Терезы. С тех пор считала, что ее имя — это только ее земная оболочка. Однако все это не мешало испытуемой увлекаться театром, стихами, мечтала быть балериной. После неприятностей стремилась уйти в лес, в шелесте листьев слышала голос троллей. С 14-летнего возраста П., по словам матери, стала вести дневник; в нем она описывала свои ощущения, нередко высказывала мысли о нежелании жить. В этот же период времени испытуемая часто жаловалась на тоскливое настроение. При просмотре кинофильмов ей казалось, что герои фильмов обращаются только к ней в зале, вела с ними "мысленный" разговор. Придя домой, видела героев фильма у себя в комнате, разговаривала с ними. В 1955 году лечилась в терапевтической больнице. При приеме отмечено, что испытуемая "страдает общей слабостью, плохим аппетитом, часто плачет". В отделении испытуемая была возбудима, склонна к слезам, ее беспокоили головные боли, она жаловалась на тревожные и кошмарные сновидения. Во время учебы в педагогическом институте испытуемая периодически испы-

тывала страхи. В 1957 году отмечался эпизод, когда она, лежа в постели, видела, как скользит напротив ее окон костёл, падает на нее. Испугалась, что сходит с ума, побежала звонить отцу, просила приехать к ней. В это время она стремилась быть одной, ходила одна в вечернее время по улицам города. Как видно из подлинника амбулаторной карты, Ш. обращалась в поликлинику к врачу в феврале 1959 г. и жаловалась на отсутствие сна. После свадьбы, находясь у родителей мужа, часто уходила на берег моря, видела в отдалении рыцарский замок, стремилась скорее уехать из этого города. Однажды, проснувшись утром, увидела над собой свекровь с распростертыми руками. Как показывает муж испытуемой, испытуемая не вела домашнего хозяйства, была почти до позднего вечера занята на работе, а с 1965 года начала говорить, что им надо расстаться. Испытуемая рассказывала, что у нее периодически наступало ухудшение состояния, с 1962 года сон ее постоянно был нарушен, она засыпала после приема 3-5 таблеток снотворного. Сотрудники по работе также отмечают, что им испытуемая жаловалась на отсутствие сна и головные боли, что в бессонные ночи она заводит одну и ту же пластинку или читает всю ночь. В амбулаторной карте за ноябрь-декабрь 1962 года отмечено врачом: обратилась (испытуемая) с жалобами на страхи, бессонницу, нервозность, плаксивость. Ей был установлен диагноз: "неврастения на почве беременности". Через месяц испытуемая вновь обратилась к врачу с жалобами на непрекращающиеся страхи, отсутствие сна, подавленное настроение, беспричинную плаксивость. Ей ставят диагноз: "токсикоз беременности". Примерно с 1962-63 гг. испытуемая стала замечать, что за ней следят, во время заграничной командировки (1962 год) почувствовала сильный страх, показалось, что ее преследуют; это состояние продолжалось в течение всей поездки. Во Львове (проездом домой) под влиянием страха забежала в костёл и перед алтарем почувствовала облегчение, а через день испытуемая приняла католическую веру. После этого сразу же ощутила в себе присутствие "сверхъестественной" силы. Ей казалось, что она ограждена от всех превратностей судьбы и обладает бессмертием. Дома у испытуемой временами появлялось безразличие ко всему, она не следила за собой, сон ее постоянно был нарушен. В этот период времени испытуемая много работала. Испытуемая отмечает, что за последние годы у нее снизилась работоспособность, она стала допускать ошибки при проверке письменных работ. Это же подтверждается производственной характеристикой. Сотрудники по работе отметили, что испытуемая плохо вела уроки, сумбурно, не по плану, не смогла сдать письменного экзамена при поступлении на Высшие курсы повышения квалификации преподавателей. Свидетель Б., знавшая испытуемую после нескольких лет, показывает, что она вела не-

правильный образ жизни, нерегулярно питалась, читала все ночи напролет, могла в один день просмотреть несколько кинофильмов, объясняя это тем, что накануне себя плохо чувствовала. В начале 1968 года у испытуемой появился страх превратиться в амёбу, в течение месяца ничего не делала дома, не выходила на работу. 2 марта 1968 года на вечере испытуемая произвела на всех странное впечатление. Свидетель К. рассказывает, что испытуемая весь вечер была грустной, затем внезапно выбежала на середину комнаты, протанцевала и снова села у стены, ни с кем не разговаривала. Весь вечер 9 марта 1968 года испытуемая, со слов очевидцев, была взволнована. Всегда ярко и броско одетая, в этот вечер у испытуемой были коротко острижены ногти, на ней не было часов, колец. На недоуменный вопрос гостей испытуемая отвечала, что эти драгоценности она оставила "своей невестке". В этот же вечер она отвечала иногда невпопад. Когда ее попросили пересказать содержание картины "Недостойная старая дама", то она вспомнила эпизод, которого в картине не оказалось. Делая простой перевод с французского языка, она допустила ряд ошибок. В день правонарушения, как это видно из материалов дела, испытуемая пришла к родным, у которых находился ее сын. От обеда, предложенного ей матерью, она отказалась, а когда расшалился ее сын и мать испытуемой стала упрекать дочь в неустроенности, в том, что мальчик капризничает и она от него устала, у испытуемой внезапно появилась мысль: "убийство, а потом самоубийство". Она стала быстро одевать сына, сказала, что пойдет с ним гулять, привезла домой, раздела его; когда он взобрался на диван, повалила его на спину и стала затягивать шарф вокруг шеи, затем положила подушку на лицо, грудь и живот и задушила его. После содеянного испытуемая позвонила своей подруге, просила ее передать в институт, что занятия в ее группах отменяются, и тут же сообщила подруге, что убила "Фредди". На первом допросе испытуемая показала, что после убийства она находилась словно в "экстазе", вымыла голову, затем стала искать бритву, хотела перерезать себе вены на шее. Вспомнив, что у нее находится иностранная корреспонденция, позвонила работнику КГБ, просила его срочно приехать к ней. Когда приехали сотрудники милиции и врачи "скорой помощи", то испытуемая оставалась спокойной, объявила всем, что "истерик с ее стороны не будет", сходила на кухню за лимоном, порезала его и стала угощать им всех присутствующих[1]. С собой в СИЗО она взяла пятый том собрания сочинений Чехова

---

[1] Когда в квартиру П. прибыли врачи "скорой помощи" и милиция, П. вела себя как гостеприимная хозяйка. Она не только нарезала лимон, но и предлагала присутствующим выпить чашку чая или кофе, по выбору. Эти сведения сообщили автору сотрудники Института имени В.П.Сербского, знавшие анамнез П.

и “Фиесту” Хемингуэя, заявив, что Хемингуэй — ее любимый писатель и с ним она расставаться не хочет”.

“При обследовании в Институте обнаружено следующее. Заключение терапевта: “общий упадок питания, гипотония”. Заключение эндокринолога: “диффузно-токсический зоб II степени (начало ремиссии)”. Заключение невропатолога: “вегетативная дисфункция”.

Психическое состояние. Испытуемая ориентирована в окружающей обстановке. Охотно идет на беседу с врачом, заявляя, что у нее много мыслей в голове и ей нужно обязательно высказаться. Во время беседы испытуемая не сразу отвечает на вопросы, речь ее несколько косноязычна, делает ошибки при произнесении отдельных слов, иногда сама замечает, что ей трудно “подобрать” слово для ответа. Активно стремясь на беседу с врачом, испытуемая некоторое время сидит растерянная — объясняет это тем, что все мысли “куда-то разбежались”, что ей теперь трудно бывает сосредоточиться на одном предмете, не понимает смысла прочитанной ею книги. Временами испытуемая жалуется на страхи, возникающие по вечерам; в такие минуты она берет свою постель и усаживается рядом с дежурной няней. Иногда она отмечает, как левая щека у нее по ночам увеличивается, кожа ее “слезает” с туловища в виде чулка. Боится смотреть на себя в зеркало, так как видит себя измененной. В отделении испытуемая почти ничего не ест, питается одним молоком, так как считает, что ее могут отравить. Иногда по ночам и днем слышит голос сына. Персоналом отмечено, что испытуемая плохо спит по ночам, часто выходит курить, лежит укрывшись до глаз одеялом, зажав уши. Настроение испытуемой неустойчивое, поведение неровное. Иногда с другими начинает дурачиться. Ничем в отделении не занята, все свои продукты раздает испытуемым. По поводу правонарушения дает непоследовательные, иногда нелепые объяснения. Говорит об этом спокойным голосом, иногда — с улыбкой на лице. Экспериментально-психологическое исследование выявляет нарушение личностно-мотивационной сферы, “мышления, резонерство, символику, разноплановость”.

“На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что испытуемая страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, начавшейся еще в раннем возрасте, принявшей вялопрогредиентное течение и сопровождающееся периодическими обострениями, проявляющимися в страхах, в расстройствах сна, слуховых и зрительных обманах, в расстройствах настроения, безразличии, беспричинной плаксивости и раздражительности с последующим нарастающим снижением работоспособности. Медленное развитие заболевания, характеризовавшееся в течение длительного времени внешне сохранным

обликом, и появление в трудной ситуации после ареста психогенной симптоматики обусловили диагностирование болезненного состояния у испытуемой в Институте при проведении первой СПЭ как затяжное реактивное. Настоящее психиатрическое исследование обнаруживает у П. характерные для шизофрении нарушения мышления (резонерство, паралогичность), эмоциональной сферы (эмоциональная холодность и паратимия) и нарушение критических способностей. Приведенные выше данные указывают, что и в период времени, относящийся к инкриминируемому ей деянию, она уже находилась в болезненном состоянии. Поэтому, как душевнобольную, П. следует считать невменяемой. По своему психическому состоянию она нуждается в настоящее время в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Анализ болезни П., проведенный автором.

Болезнь началась в детском возрасте. Поэтому говорить о преморбидных особенностях личности П. не представляется возможным. Ее сложившийся характер определялся наличием истерических (П. — личность, "требующая признания"), шизоидных (аутистическое фантазирование, избирательное раскрытие своих внутренних переживаний, "друг леса") и реактивно-лабильных (легкое появление непродолжительных субдепрессивных состояний под влиянием незначительных отрицательных причин обыденного характера) радикалов. Их сочетание позволяет говорить о мозаичности аномальных характерологических черт П. Содержание аутистических фантазий, а позже, после 20 лет, такие особенности характера П., как наивность желаний, непосредственность, с которой она рассказывала о них окружающим, и др. позволяют говорить о наличии у нее психического инфантилизма, что также свидетельствует о раннем начале болезни.

Уже в детском возрасте у П. возникли психопатологические симптомы, часть которых имела "возрастную окраску". Это в первую очередь аутистические фантазии — грезы, сопровождавшиеся зрительными галлюцинациями воображения Дюпре (представляла себе красивые пейзажи и здания) с элементами перевоплощения своего "я" (она — хозяйка большого замка) и бредоподобными идеями чужих родителей (родная мать представлялась мачехой). Тот факт, что П. периодически "не могла провести границу между действительностью и фантазиями", позволяет говорить о части аутистических фантазий как о состояниях онириизма. Другими психопатологическими расстройствами

этого периода являлись: а) аутопсихическая деперсонализация, сопровождаемая феноменом раздвоения своего "я" ("видела в себе две противоположности"); б) перевоплощение своего "я", сопровождавшееся слуховой галлюцинацией (отождествляла себя со святой Терезой, слышала ее голос); в) функциональные слуховые галлюцинации (слышала в шелесте листьев голоса троллей). Таким образом, в детском возрасте у ПТ. преобладали онирически-деперсонализационные нарушения. Скорее всего, их появление сопровождалось у ПТ. повышенно-экстатическим аффектом. Возникавшие психопатологические симптомы вытесняли существовавшую перед их появлением психотравмирующую ситуацию, что может свидетельствовать о значительной их интенсивности.

Усложнение продуктивных расстройств возникло у ПТ. в пубертатном периоде и проявлялось периодически возникавшими субдепрессивными состояниями, которые иногда могли иметь затяжной характер (1955 год). В этом случае пониженный аффект сопровождался тревогой. Скорее всего, субдепрессивные состояния носили смешанный характер. Одним из аргументов в пользу этого предположения является сохранность у ПТ. на протяжении ряда лет высокой трудоспособности — в школе, институте, при выполнении профессиональных обязанностей. В последующем, приблизительно с 20-летнего возраста, субдепрессивные расстройства усложняются эпизодами немотивированного страха, особенно отчетливыми в вечернее время. Один из них, возникший в вечернее время (ПТ. находилась в этот момент в постели), сопровождался психосенсорными расстройствами — скользящий мимо окна ее дома и грозящий упасть на нее костёл. Наряду с психосенсорными расстройствами, у ПТ. отмечался страх сумасшествия — один из симптомов растерянности, свидетельствующий о развитии в этот момент психотической вспышки. С этого времени вялое развитие болезни перемежается у ПТ. эпизодами психозов: в 1962 году возник кратковременный острый параноид, вначале сопровождавшийся страхом, а под конец — состоянием экстаза (ощущение в себе "сверхъестественной" силы). Эпизод с принятием католичества можно расценить как психопатологический симптом, возможно, имеющий отношение к феномену "второй жизни" (J.Vie)[1].

Усиление субдепрессивных расстройств, хроническая психотравмирующая ситуация (взаимоотношения с Н.), возможно,

[1] Р.Е.Люстерник рассказал как-то, что одну из своих лекций П.Б.Ганнушкин посвятил анализу тех случаев психических болезней, при которых больные люди внезапно меняли свое мировоззрение: так, деист неожиданно становился атеистом, и наоборот. П.Б. высказал мысль, что подобные явления обычно возникают у больных шизофренией.

явились причиной частичного снижения у Пт. работоспособности за несколько лет до совершения правонарушения.

ООД было совершено в состоянии тревожно-пониженого, временами сопровождаемого страхом аффекта. Перед его совершением у Пт. был отмечен поступок, который можно расценить как импульсивный (неожиданный танец во время вечеринки). Возможно, совершение ООД произошло по типу "реакции короткого замыкания". Поведение Пт. непосредственно после совершения ею убийства (вымыла голову, звонила по телефону, предлагала угощение сотрудникам милиции и врачам "скорой помощи", взяла с собой в СИЗО книги любимых писателей) свидетельствует о наличии у Пт. эмоциональных изменений.

В период первой СПЭ в Институте у Пт. на фоне выраженного, сопровождаемого тоской депрессивного состояния возник непродолжительный истерический психоз. Наиболее интенсивным он был по ночам, проявляясь в первую очередь зрительными и, возможно, слуховыми галлюцинациями. Содержание галлюцинаторных расстройств отражало сведения, полученные Пт. в годы учебы и работы, и носило успокаивающий, "понимающий" характер. Сенсорные расстройства сопровождались двигательной заторможенностью и аффектом недоумения (растерянностью). Скорее всего, в ночное время у Пт. появлялись эпизоды истерического, аффективно суженного, а, возможно, и более глубокого нарушения сознания. В дневное время у Пт. возникали преимущественно зрительные галлюцинации, часть которых могла быть вызвана соответствующим внушением. За исключением внушенных галлюцинаций, остальные зрительные феномены во многом соответствовали галлюцинациям воображения Дюпре, бывшим у нее еще в детском возрасте. В период, предшествующий развитию истерического психоза, психогенная тематика (гибель сына) еще могла оставаться ("Фредди жив"). Во время психоза она исчезала.

Редукция истерических симптомов сопровождалось усилением тревожной депрессии, которая оставалась и в первое время пребывания Пт. на принудительном лечении. Об этом свидетельствуют ее неоднократные суицидальные попытки. В последующем произошло усложнение клинической картины бредом отравления и отдельными идеаторными автоматизмами. Аффективно-бредовые расстройства в редуцированной форме существовали и при второй СПЭ. Преобладание в психозе на всем его протяжении аффективных расстройств и неразвернутая галлюцинаторно-бредовая симптоматика свидетельствуют о том, что после психической травмы Пт. перенесла приступ. Сложность его клинической картины зависела во многом от привходящих условий, в первую очередь от психической травмы. В прошлом у Пт. отме-

чались транзиторные приступы, возникавшие на фоне вялого течения болезни. Все это позволяет диагностировать у Пт. приступообразно-прогредиентную шизофрению с аффективно-бредовыми расстройствами. Манифестному психозу, который развился у Пт. в период первой СПЭ, предшествовал преходящий истерический реактивный психоз.

Данное наблюдение подтверждает слова, высказанные E.Bleuler'ом в начале текущего столетия: "Если истерик становится психотиком, то он может быть только шизофреником".

Наблюдение N 9. "Б., 1940 г.р. Обвиняется в убийстве пяти и ранении двух человек. В Институт поступил 9 января 1963 года. В Институте был представлен на стационарные комиссии 7 февраля, 9 марта, 4 апреля 1963 года, но ввиду неясности клинической картины срок обследования каждый раз продлевался".

Заключительная СПЭК состоялась 25 апреля 1963 года.

"Из материалов уголовного дела и со слов испытуемого известно следующее: испытуемый до 5 лет развивался правильно. В возрасте 5 лет упал с крыльца, при этом получил ушиб головы с потерей сознания. В возрасте 14 лет при падении с велосипеда получил повторный ушиб головы с кратковременной потерей сознания. В дальнейшем испытуемого беспокоили головные боли, иногда страхи, "слышал" оклики по имени. По характеру был вспыльчивым, раздражительным, упрямым. В школе до 7 класса учился хорошо, затем стал отставать в учебе, не готовил уроков, в результате чего был оставлен на повторный год. В 9 классе учился неравномерно, часто пропускал занятия; в этот период стал употреблять алкоголь. Иногда возвращался домой в нетрезвом состоянии, был придирчив, вел себя драчливо. Однажды пытался напасть с ножом на отца. Исключен из школы за недисциплинированность до окончания 10 классов. Из материалов уголовного дела, по показанию отца и матери, осенью 1957 года был случай, когда испытуемый в состоянии алкогольного опьянения в компании вел себя странно: говорил о каком-то оружии, которого у него не было. Позднее он убежал в степь и только ночью был доставлен в одних трусах и больничном халате медицинской сестрой, которая сообщила, что он жаловался на головные боли, плакал, "бросался под трактор, ехавший в степи". В настоящее время испытуемый отмечает, что тогда он испытывал страхи, "слышал голос", который якобы заставлял его броситься под трактор. Однако материалами дела эти высказывания не подтверждаются. В дальнейшем поведение испытуемого было правильным, он работал токарем в реммастерских и одновременно учился в 10 классе вечерней школы. Однако, как отмечает бабушка, он часто жаловался на боли и неприятные ощуще-

ния в голове. 1 ноября 1959 года испытуемый был призван в ряды Советской Армии и был сразу направлен в полковую школу, где в течение года справлялся с учебной программой, получал неоднократные поощрения. В этот период времени испытуемый вел дневник, в который периодически записывал, что ему трудно служить, высказывал недовольство службой. Наряду с этим, высказывал мысли о самоубийстве в связи с тем, что он чувствовал себя плохо "как морально, так и физически — здоровье было подорвано ... " По окончании им полковой школы, до осени 1960 года, испытуемый в звании младшего сержанта служил в воинской части N ... в должности командира отряда. В этот период грубых нарушений воинской дисциплины не было. Только временами он был вспыльчив, отдавал не совсем правильные приказы, настойчиво добиваясь их исполнения. В мае 1961 года испытуемому было присвоено звание сержанта. С сентября 1961 года испытуемый стал проявлять недисциплинированность, приходил из увольнения в часть пьяным, грубил командирам, за что ему командованием был объявлен выговор. В марте 1962 года испытуемый из увольнения в часть явился снова пьяным, за что был помещен на гауптвахту, а затем приказом по воинской части от 3 марта 1962 года снижен в воинском звании до младшего сержанта, а в июле 1962 года испытуемый был разжалован в рядовые. По словам испытуемого, в этот период он плохо себя чувствовал, временами испытывал страхи, заявлял, что окружающие к нему плохо относятся. Однажды на посту "увидел" большой шар со смеющимися губами. Это испугало его, хотел покончить жизнь самоубийством. Наряду с этим его беспокоили боли в желудке, правом подреберье. В связи с чем он трижды находился на стационарном лечении в госпитале с диагнозом: "ламблиозный холецистит". Последний раз испытуемый находился в медсанчасти с 14 августа по 9 сентября 1962 года. По возвращении в часть, по показаниям свидетеля М., испытуемый стал молчаливым, задумчивым, уединялся, безразлично относился к занятиям, а в беседе с М. не высказывал сожаления о разжаловании его в рядовые. Во время этой беседы испытуемый говорил о девушке Вале, на которой собирался жениться. 10 октября 1962 года испытуемый отпросился из части с тем, чтобы зарегистрировать брак с Валей. Впоследствии оказалось, что он женился на другой девушке — М., которая отмечает, что в течение 8 дней от регистрации брака до совершенного правонарушения испытуемый с ней половой близости не имел и не стремился к этому. В настоящее время испытуемый объясняет свой брак с М. желанием спастись от возможности попасть в тюрьму, так как он "предвидел", что его "враги народа" могут засадить в тюрьму. Свои тягостные ощущения в теле, которые он испыты-

вал летом 1962 года, связывал с тем, что его специально "подкармливали". Как видно из материалов дела, в день правонарушения, 18 октября 1962 года, в 20 часов испытуемый ушел самовольно из части, выпил бутылку вина, после чего возвратился в часть. Он встретил Н., играл с ним в игру "нарды", затем просил его отпустить к жене. Полученный отказ воспринял как обиду, вспомнил о том, что Н. дал ему отрицательную характеристику, в связи с чем испытуемого разжаловали в рядовые, и решил ему отомстить. С этой целью испытуемый под угрозой у дневального отобрал нож, открыл пирамиду с патронами, зарядил автомат, выстрелил вначале в стену, а затем — в Н., нанеся ему смертельное ранение. После этого, зарядив еще один автомат, он, выбегая из расположения части, совершил убийство дежурного Т., а на улице выстрелил в шедшую с работы незнакомую женщину — Д., затем легко ранил гражданина Ч. Зайдя в дом своей жены, он крикнул ей: "Мария, считай, что меня нет в живых". По показаниям жены, испытуемый был возбужден, лицо заплаканное. Она пыталась отобрать у испытуемого автомат, но он продолжал стрелять в пол и в потолок. Затем совершил убийство дяди жены — А. После этого испытуемый перезарядил автомат, вышел на крыльцо дома и совершил убийство подходящих к дому брата жены — М. и старшего лейтенанта Щ., который направлялся задержать испытуемого. В это время ефрейтор П. совершил выстрел в испытуемого, причинив ему ранение левой половины лица, шеи и правого плеча. В связи с совершенным тяжким правонарушением и возникшими сомнениями в психической полноценности, испытуемый был направлен в Институт".

"При обследовании в Институте обнаружено следующее. На коже правого плеча имеются следы входного и выходного отверстия пулевого ранения. На задней поверхности шеи в области I-II позвонков втянутый рубец 6x3 см. — след пулевого ранения. Имеется выраженная атрофия мышц левой руки и выраженная мышечная слабость. Справа в нижней половине живота старый послеоперационный рубец после аппендэктомии. Соматически — без патологии. Нервная система. Жалуется на слабость левых конечностей, преимущественно руки, а также боли в левой половине лица, появившиеся после ранения в октябре 1962 года. Едва заметная слабость конвергенции правого глаза, несколько сглажена правая носогубная складка, отвисает правый угол рта. Имеется левосторонний гемипарез с преимущественным поражением руки. Слабость мышц сравнительно диффузно распространяется на все группы мышц левой руки. Рефлексы на правых конечностях заметно повышены, вызываются с расширенной рефлексогенной зоны. Правосторонняя гемианэстезия, более глубокая на верхней конечности. Заключение невропатолога: "остаточные явления коммоционно-контузионного синдрома

верхних отделов спинного мозга в виде левостороннего гемипареза". Рентгенограмма черепа — определяется обизвествление диафрагмы турецкого седла. Инородное тело в мягких тканях лобной области слева. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние: в первые дни поступления в Институт испытуемый неохотно разговаривал, отвечал краткими фразами. Жаловался на периодические головные боли, "давление" в правом подреберье. В отделении избирательно общителен. Во время беседы с врачом сведения сообщал неохотно. При подробной беседе рассказал врачу о "голосах", считая, что это ему всё "устраивают специально". Обвиняет врачей в том, что "кругом следователи", "сети шпионажа". Говорил, что в правом подреберье у него "сидит человек" в виде белого шара со смеющимися губами, который периодически "тянет". Наряду с этим, часто переключался на правонарушение, говоря, что сам не понимает, как он это сделал. В это время становится мрачным, опускает низко голову, глаза увлажнялись. Далее сообщил, что в отделении некоторые окружающие заинтересованы причинить ему неприятности. Жалуется на то, что к койке "подключают" ток, при этом сказал, что это же "проделывали в тюрьме". Много времени проводил в постели, старался укрыться одеялом с головой, периодически отказывался принимать пищу. Говорил, что хлеб пахнет уксусом, что "подкармливали в части" и здесь всё это продолжается. При проведении лечения барбамилом становится более словоохотливым, рассказывает, что он подключен к "магнитному контуру", что его "обливали наркозом" в части, мысли его рассеиваются, слышит из стен "голоса" и "прокручивание пленок". Сказал, что у него мысленно вытягивают мысли. Он много бесплодно рассуждает, обнаруживая переоценку своей личности — считал себя создателем теории миров. Делает зарисовки на эту тему малопонятного содержания. Правонарушение не отрицает, при этом становится подавленным, появляются слезы на глазах, сожалеет о совершённом. Подчеркивает, что он правонарушение совершил "по велению голосов", находился в тот период времени "как во сне". Психически больным себя не считает, к своему поведению и создавшейся ситуации относится без критики".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Б. психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает психопатические черты характера, о чем свидетельствуют наличие с детства повышенной раздражительности, возбудимости, склонности к конфликтам, переоценке своей личности, неуживчивости. Как видно из материалов уголовного дела и психиатрического обследования, инкриминируемые ему деяния Б. со-

вершил вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, а в состоянии простого алкогольного опьянения. Об этом говорит достаточно правильная ориентировка испытуемого в окружающем, определенная целенаправленность действий, наличие признаков алкогольного опьянения и отсутствие каких-либо психотических симптомов. Поэтому Б., как недушевнобольного, в отношении инкриминируемых ему деяний следует считать вменяемым. В дальнейшем, после совершения правонарушения, у Б. развилось реактивное состояние, которое в настоящее время приняло затяжной характер с наличием бредоподобных фантазий. В связи с чем Б. предстать перед судом и нести уголовную ответственность не может. По своему психическому состоянию испытуемый нуждается в направлении в психиатрическую больницу специального типа до выхода из реактивного состояния".

Катамнез (из акта СПЭ Института — август 1968 года).

"На основании заключения Б. был направлен в Ленинградскую психиатрическую больницу специального типа, где находился с 14 июня 1963 года по 28 июля 1968 года. В Ленинградской больнице в первое время он малодоступен, иногда говорил, что его "хотели уничтожить". На него действовал "магнитный контур", который улавливает его мысли и передает их другим. Наряду с этим, в дальнейшем он писал массу заявлений, в которых по нелепым мотивам требовал выезда "из пределов Российского государства", требовал также "уничтожения цивилизации", считал, что его родственники медленно отравляются лучевой болезнью, а себя называл "полководцем-революционером". О правонарушении говорил в стихотворной форме, а совершенные им убийства объяснял тем, что его заставили это сделать "враги народа". Затем он становился всё более равнодушным к совершенному правонарушению, при этом в качестве причины совершения им убийств он выдвигал различные нелепые версии: якобы свое "внутреннее противоречие между воспитанием и действительностью", говорил, что Н. якобы тогда его "назвал врагом народа", после чего он взял оружие и "пытался пробиться на студию телевидения". Говорил также о том, что он "действовал под гипнозом". В заключении комиссии врачей Ленинградской больницы было сказано, что Б. заболел шизофренией еще в 1961-1962 годах, то есть до совершения инкриминируемых ему деяний, поэтому в отношении их Б. следует считать невменяемым".

"В Институт имени профессора В.П.Сербского испытуемый поступил 27 августа 1968 года. Из материалов уголовного дела, личного дела, медицинской документации и со слов испытуемого" — дополнения к первоначальному анамнезу, собранному в Институте в 1963 году.

"В 8 и 9 классах он учился по два года. В этот период он нередко употреблял спиртные напитки. После окончания полковой школы его характеризуют в то время как самолюбивого человека, он допускал унижение своих подчиненных. С осени 1961 года он стал часто проявлять грубость в ответ на сделанные ему замечания старших товарищей. По материалам дела известно, что Б. примерно в 18 часов 18 октября 1962 года заступил в караул; в этот день он ни с кем не ссорился. В 20.30 он самовольно оставил часть, купил бутылку вина "Вермут", выпил ее и возвратился в часть. В то время, когда Б. был в кратковременной отлучке из части, его видела гражданка М.; он был трезвым, задумчивым и сказал ей неожиданно: "Вот и конец любви". По показаниям испытуемого, у него в тот день было плохое настроение".

"При обследовании в Институте обнаружено следующее. Заключение невропатолога: "остаточные явления коммоционно-контузионного синдрома верхних отделов спинного мозга в виде левостороннего гемипареза". Соматическое состояние — без особенностей.

Психическое состояние: испытуемый формально правильно ориентирован в месте и времени. Неохотно вступает в беседу, на вопросы отвечает крайне лаконично. При этом сообщает, что "был болен", в 1963 году в Институте действовал "колебательный контур" — "его можно сравнить с гипнозом". Говорит, что "контур" начал действовать в последние дни службы: себе он не подчинялся тогда, "сейчас подчиняться контуру не буду". При беседе все время неадекватно улыбается. Говорит, что в спецбольнице считал себя "революционером", там также его мысли "вытягивали" и "думал, что мысли мои — не мои". Не мог понять, "что от меня хотел контур колебания". Отмечает, что в больнице после лечения "голоса прошли", "стало легче думать". При беседе о правонарушении не дает какой-либо эмоциональной реакции, говорит, что "всё было как во сне, хотя и всё помню". Убитого Н. называет "представителем циничной философии", считает, что тот "морально разлагал солдат", и продолжает утверждать, что его желание убить Н. было обоснованным. О своей женитьбе говорит равнодушно, не вспоминает о жене. К родителям также не проявляет интереса. В отделении испытуемый малозаметен. Лечащему врачу и заведующему отделением часто пишет стихи — иногда подражал Есенину, а чаще это малопонятные, непоследовательные по содержанию творения, в которых он бесплодно мудрствует. Нередко манерен, негативистичен. Подозрительно относится к проводимому ему экспериментально-психологическому исследованию, во время которого выявились "негативизм, вычурность высказываний, тенденция к отвлеченному восприятию и неадекватная эмоциональная на-

пряженность. Мышление испытуемого аутистическое, паралогичное, со склонностью к символике". Слуховые обманы отрицает, говорит, что "голоса исчезли год тому назад". Наряду с этим, высказывает нелепые ипохондрические жалобы: "Справа сейчас 8-е ребро оторвано", — что является, по его мнению, следствием того, что в правом подреберье у него 5 лет тому назад "был белый шар с присосками". Критическая оценка своего состояния и совершенного правонарушения резко снижены".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Б. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (параноидная форма). Об этом диагнозе свидетельствует прогредиентность заболевания на протяжении 5 лет, а также обнаруженные при настоящем обследовании характерные для шизофрении нарушения мышления (аутизм, паралогичность, противоречивость суждений), эмоционально-волевой сферы (парадоксальность, неадекватность, эмоциональное отупение) с отсутствием критической оценки своих болезненных высказываний, поведения и совершенных им деяний. Как видно из материалов уголовного дела и из данных анамнеза, первые признаки настоящего заболевания появились у Б. еще до совершения инкриминируемых ему деяний (в 1961-1962 гг.), а в момент совершения указанных деяний он находился в психотическом состоянии — был болен шизофренией: он испытывал страх, "воздействие гипноза", болезненные идеи отношения, преследования, относился с недоверием и подозрительностью к окружающим и т.п. Его действия, в том числе и само правонарушение, были безмотивными, нелепыми. В силу изложенного, в тот период времени он не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому Б., как страдающего хроническим психическим заболеванием, в отношении инкриминируемых ему деяний, совершенных в период психического заболевания, следует считать невменяемым. Диагноз и экспертное заключение, которые были даны Б. при прохождении СПЭ в Институте им. профессора В.П.Сербского в 1963 году о том, что он был вменяем в отношении инкриминируемых ему деяний, но затем заболел реактивным психозом, не подтвердились при длительном наблюдении в Ленинградской психиатрической больнице специального типа: они были обусловлены в тот период наличием ситуационных высказываний и симптомов реактивного состояния, которые отмечаются иногда на начальном этапе шизофренического процесса и затрудняют правильную диагностику и экспертное решение в подобных случаях. По своему психическому состоянию Б. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа".

Анализ болезни Б., проведенный автором

Заболевание началось в пубертатном периоде. Его первыми проявлениями явились два психотических эпизода. Первый определялся элементарными слуховыми галлюцинациями, второй — императивными слуховыми галлюцинациями, страхом, импульсивными поступками ("убежал в степь" и т.п.). Оба раза возникновению психических расстройств предшествовали экзогенные вредности: легкая черепно-мозговая травма при первом эпизоде, состояние опьянения — при втором.

В последующем — примерно в 19 лет — у Б. возникло субдепрессивное состояние с суицидальными мыслями (об этом он писал в дневнике, который вел некоторое время, находясь в армии) и выраженное психопатическое поведение (взаимоотношения с подчиненными и командирами, грубые нарушения воинской дисциплины). На фоне аффективно-психопатических расстройств у Б. появились психотические симптомы — эпизод со зрительной галлюцинацией ("белый шар со смеющимися губами"), сопровождающийся страхом и мыслями о самоубийстве, несистематизированные параноидные бредовые идеи.

Интенсивность психотических растройств в дни, предшествующие совершению правонарушения, возрастала. Об этом можно судить на основании ряда фактов: а) неожиданная женитьба подэкспертного на М., а не на В., как это предполагалось им ранее; б) отсутствие у него полового влечения к жене; в) колебания интенсивности бредовых расстройств. Внезапное усиление последних в день правонарушения, несомненно, было связано с употреблением алкоголя. Подэкспертный убил Н. по бредовым мотивам. Это подтверждается его высказываниями о потерпевшем спустя годы после правонарушения, в период заключительной СПЭ.

Бредовое состояние сопровождалось у Б. растерянностью. Слова, обращенные Б. к жене: "Мария, считай, что меня нет в живых", — могут свидетельствовать об осознании подэкспертным того, что произошло что-то непоправимо роковое в его жизни. Это высказывание Б. можно в определенной мере соотнести со словами K.Jaspers'a, которыми тот определяет растерянность: это — "понятная реакция нормальной личности на прорыв острого психоза, при сохранении сознания зловещего чувства измененности" (1965). Слова подэкспертного о том, что он действовал "как во сне", свидетельствуют об остроте его состояния, сопровождавшегося аффективно-суженным сознанием. Правомерно сказать, что ООД было совершено в начальный пе-

риод развития манифестного психоза, которому предшествовало вялое течение болезни.

Стереотипные действия Б. (непрерывная стрельба из автомата) были, возможно, обусловлены состоянием, при котором существовала "иррадиация аффекта" — внешне беспричинное перемещения отрицательного аффекта (злоба, подозрительность, тревога, страх) с одного лица на другие. Этот феномен наблюдается при состояниях выраженного эмоционального напряжения.

Психический статус Б. в период первой СПЭ в Институте определялось галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (вербальные галлюцинации, элементы психического автоматизма с бредом воздействия, несистематизированные идеи преследования, бред одержимости — "в правом подреберье сидит человек"). Наряду с параноидным бредом у Б. отмечались бредовые идеи экспансивного (космического) содержания: он — "создатель теории миров" и т.п. Таким образом, клиническая картина болезни достаточно быстро усложнилась парафренными компонентами.

Уже при первой СПЭ в психическом статусе Б. отмечались негативные расстройства в форме резонерства, отчетливо проявившегося при медикаментозном растормаживании. Контекст психического статуса позволял уже в это время допустить наличие у Б. эмоциональных расстройств — в период СПЭ у него не было отмечено ни выраженной тревоги или страха, ни отчетливой депрессии.

Во время пребывания Б. на длительном принудительном лечении у него вначале отмечалось усиление парафренных симптомов (он — "полководец-революционер" и т.д.), а в последующем произошла значительная редукция позитивных расстройств с появлением смутного сознания болезни ("был болен"), но без критики к бывшим болезненным расстройствам, настоящему состоянию и содеянному. Негативные симптомы значительны. В первую очередь они проявляются эмоциональной измененностью Б.

Диагноз: "Непрерывная бредовая шизофрения. Внутрибольничное улучшение состояния".

Наблюдение N 10. "Р., 1938 г.р. Обвиняется в том, что в состоянии алкогольного опьянения нанес сильный удар в лицо Д., сбил с ног и после этого Д. раздели. В Институт поступил 16 сентября 1968 года. 22 октября Р. был представлен на комиссию, но в связи с неясностью клинической картины срок пребывания Р. в Институте был продлен до 12 ноября 1968 года.

Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела и данных медицинской документации. О себе испытуемый сообщил, что он развивался правильно. С детства отличался вспыльчивым

и скрытным характером. По окончании четырех классов средней школы и ремесленного училища работал жестянщиком. Был несдержанным, обидчивым, отличался склонностью к ссорам, в связи с чем часто менял места работы. Дома нередко высказывал недовольство начальством. Говорил, будто к нему придираются, стремятся обмануть в начислении зарплаты. С 18 лет пристрастился к употреблению спиртных напитков. В последние 6 лет опохмеляется. Согласно материалов дела, испытуемый после выпивки становится раздражительным, злобным. В связи с пьянством допускал прогулы на работе, попадал в вытрезвитель. В состоянии алкогольного опьянения ревновал свою жену, а протрезвясь просил у нее прощения. Дважды (в 1956 и 1961 годах) был осужден (за хищения) и отбывал наказание в местах лишения свободы. В 1965 году после длительного злоупотребления алкоголем стационировался в 14 психиатрическую больницу г. Москвы по поводу алкогольного делирия (испытывал чувство страха, был злобным, считал, что его преследуют). Находился там в течение 10 дней и был выписан по выздоровлению в хорошем состоянии. 17 июня 1967 года он впервые обратился в ПНД N 3 в связи с злоупотреблением алкоголем. В 1967 году вторично стационировался (в больницу им. Кащенко), где находился с 17 июня по 13 июля 1967 года. Помещению в больницу предшествовало злоупотребление алкоголем. С 16 июня 1967 года развилась бессонница, был возбужден, казалось, что в доме кто-то прячется, что его хотят убить, пытался ударить свою жену утюгом, а затем спустился вниз с пятого этажа "по балконам". В больнице своих переживаний не раскрывал. Согласно подлиннику истории болезни, в стационаре у испытуемого острой психотической симптоматики не отмечалось. Выписан был с диагнозом: "алкогольный параноид, не исключена возможность шизофрении". По свидетельству родственников, в дальнейшем поведение Р. было правильным, он около трех месяцев воздерживался от приемов спиртных напитков, был заботливым к своей дочери. Однако позже после случайной выпивки вновь запил. Весной 1968 года, по показаниям жены испытуемого, Р., будучи пьяным, проявлял "странности" в своем поведении: плохо спал, "сам с собою разговаривал", ревновал ее. Работал несистематически. С марта 1968 года, в связи с тем, что испытуемый пьянствовал, жена выгнала его из дома и он ушел жить к своей матери. После очередной попойки 16 мая 1968 года он избил свою мать, и та ушла ко второму сыну. Р. остался один в доме, бросил работу, его часто видели пьяным в кругу своих друзей. В медицинской документации из Краснопресненского ПНД указано, что Р. после выписки из больницы имени Кащенко к врачам не обращался. В справке из диспансера указан диагноз, установленный

испытуемому в 1967 году в больнице имени Кащенко ("Алкогольный параноид. Не исключена возможность вялотекущего шизофренического процесса"). Наряду с этим отмечено, что Р. психическим заболеванием не страдает, на учете не состоит. 19 июня 1968 года, как это видно из показаний самого испытуемого, он употреблял спиртные напитки. Согласно материалов дела, в тот же день в состоянии алкогольного опьянения, находясь в компании Д., К. и еще одним неустановленным лицом, Р. нанес сильный удар гражданину Д., сбил его с ног, после чего Д. раздели. Вскоре после случившегося видели, как Р. шел вместе с К., в руках у Р. была шапка, принадлежавшая Д. При попытке задержания их Р. убежал. В процессе следствия испытуемый по существу отвечал на вопросы, отрицал свою виновность".

"При обследовании в Институте в настоящее время установлено следующее: в эпигастральной области имеется небольшой послеоперационный рубец длиной в 5 см. (после грыжесечения). Неврологическое состояние без особенностей. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние: в отделении испытуемый держится несколько обособленно. Однако с окружающими поддерживает по мере необходимости адекватный контакт, иногда работает в трудовой мастерской. В беседу с врачом вступает, но на вопросы отвечает лаконично. Сообщая о себе анамнестические сведения, указывает также даты событий своего прошлого. Речь его последовательная, с хорошим запасом слов. При расспросах о неблагоприятно характеризующих его моментах (например, злоупотребление алкоголем) умалчивает или начинает говорить с раздражением, повышая тон. Уверяет, что выпивал "как все". Плохие взаимоотношения с женой объясняет тем, что за время его пребывания в местах заключения жена якобы "охладела" к нему. Вместе с тем, ревнивых подозрений в адрес своей жены не высказывает. Неохотно говорит о своих прошлых стационированиях в психиатрические больницы. Утверждает, что у него не сохранилось воспоминаний о переживании того периода. Психически больным себя не считает. Активно защищается в отношении предъявляемого ему обвинения, уверяет, будто в тот день не был в компании с К., а пострадавшего Д. вообще никогда не видел. Обеспокоен исходом своего дела. Рассчитывает на суде доказать, что он не виноват. Бреда и галлюцинаций у испытуемого не выявляется".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Р. психическим заболеванием не страдает, обнаруживает психопатические черты характера (повышенная возбудимость, сензитивность) и признаки хронического алкоголизма. Диагноз "шизофрения", установленный испытуемому предположительно в больнице Кащенко, не подтверждается последующим наблюде-

нием и результатами настоящего психиатрического обследования: отсутствуют характерные для этого заболевания нарушения мышления, изменения в эмоциональной сфере и какие-либо психотические симптомы. Имевшие место в прошлом психотические эпизоды, как это видно из медицинской документации, являлись следствием массивной алкогольной интоксикации и быстро сглаживались. Поэтому, как непсихически больного, в отношении инкриминируемых ему деяний, совершенных вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, Р. следует считать вменяемым. Как обнаруживающий признаки хронического алкоголизма (многолетнее злоупотребление алкоголем, явления похмелья, психотические состояния в прошлом, деградация личности по алкогольному типу с морально-этическим снижением), Р. в случае осуждения попадает под действие ст. 62 УК РСФСР".

Катамнез (по материалам акта СПЭ Института им. В.П.Сербского — август 1972 года).

"Как видно из материалов личного дела, испытуемый после СПЭ, в период пребывания его в следственном изоляторе, окружающие отмечали у него странности в поведении: он ни с кем не разговаривал, по ночам не спал, лежал с устремленным в одну точку взглядом и чему-то улыбался, а 22 декабря 1968 года внезапно возбудился, "начал буйствовать", разбил крышку стола, бил дверь, при этом выкрикивал "нечленораздельные слова". О мерах медицинского воздействия на испытуемого в тот период указаний в личном деле нет. 26 декабря 1968 года он был осужден на 7 лет лишения свободы. Как видно из служебной характеристики, в заключении он "нарушал режим содержания, без уважительных причин отказывался от работы. 10 июня 1970 года он избил заключенного Д. и топором ударил другого заключенного — С., за что по статье 206, часть 1 и статье 15-192, пункт "б" был осужден на 10 лет лишения свободы и признан особо опасным рецидивистом". 7 июля 1971 года он был этапирован в ИТК особого режима. За участие в организации побега двух заключенных он помещался в о/к на 15 суток без вывода на работу. С 17 ноября 1971 года он снова содержался в ИТК особого режима. В материалах уголовного дела имеются показания свидетелей, которые общались в той или иной степени с испытуемым в период его пребывания в ИТК. Так, М. рассказывает, что испытуемый "работал вяло, постоянно был один, ни с кем не дружил, был замкнутым, в камере постоянно лежал или сидел". Свидетель Т., бригадир, рассказывает: "Работал он неохотно, был очень замкнут. Взгляд у него был какой-то пустой, дикий. Вел замкнутый образ жизни, лежал на нарах или ходил — вот и все его занятия". Мастер З. рассказывает, что из 26 ружейных

болванок, изготовленных в последнее время Р., годных оказалось лишь 16, причем при сдаче их он "не переживал", ему было "безразлично", сколько от него примут болванок. Как видно из материалов уголовного дела, 16 декабря 1971 года Р. был выведен, как обычно, на заготовку ружейных болванок, однако к работе не приступил, а находился сначала в помещении тарного цеха, а затем на линии УЖД около этого цеха, причем стоял продолжительное время на одном и том же месте. Около 11 часов по линии УЖД проходил инспектор оперативной части ИТК М. На него неожиданно сзади напал Р. и нанес ему 2 удара топором по голове. От полученного ранения М. тут же скончался. Как видно из показаний контролера Х., после убийства Р. пошел на вахту, в руках у него был топор. На вопрос Х., что случилось, Р. ответил, что только что "отрубил голову" не знает кому, при этом сам он был "очень спокойным". В дальнейшем в ходе следствия испытуемый не отрицал, что совершил убийство, "но кого конкретно — не знает". Пояснил, что "не помнит, из-за чего и как это произошло". 31 января 1971 года ему была проведена АСПЭК в следственном изоляторе г. Перми. В психическом состоянии его в тот период отмечалось, что "настроен он недоброжелательно, отвечает односложно, резким, недовольным тоном". Комиссия психотических симптомов у него не обнаружила и пришла к заключению о том, что психическим заболеванием он не страдает и является вменяемым в отношении содеянного. 21 марта 1972 года Пермским областным судом Р. был приговорен к расстрелу. Однако 5 мая 1972 года судебная коллегия по уголовным делам Верховного суда РСФСР отменила приговор и предложила направить Р. на стационарную СПЭ, мотивируя тем, что "вел он странный образ жизни, был замкнутым, уединялся", и далее, "в поведении его после убийства волнения и тревоги не наблюдалось".

"Р., 1938 г. рожд., в Институт поступил 7 августа 1972 года. Осужден в 1968 году к 7 годам лишения свободы, отбывает наказание и вновь обвиняем — в убийстве сотрудника ИТК гр. М.

Со слов испытуемого, его родственников (матери и жены, приглашенных на беседу в Институт), из материалов уголовного дела и данных медицинской документации" — дополнение к анамнезу, собранному при первой СПЭ в Институте.

"С детских лет, со слов матери, он отличался скрытным и вспыльчивым характером. Отличался некоторой подозрительностью. Так, матери говорил, что к нему "придираются", не доплачивают, обманывают. В 18-летнем возрасте стал сожительствовать со своей родственницей, которая через год родила дочь, но брак юридически оформлен не был. Со слов жены, по характеру был малоразговорчивым, замкнутым и "странным", без причин начинал "злиться", бледнеть. Ревновал ее и к посторонним муж-

чинам, и к близким (даже к зятю), проверял у нее белье, следил за ней. В эти годы он по-прежнему часто употреблял спиртные напитки. В июне 1965 года (как это видно из выписки истории болезни психоневрологической больницы N 14) он стал вести себя странно: вырывал из рук родных пищу, пил щи прямо из тарелки, не спал ночами, испытывал страхи, кидал вещи в свое изображение в зеркале. После выписки из больницы продолжал необоснованно ревновать жену. Перед стационированием в 1967 году в больницу имени Кащенко, со слов жены, он стал вести себя неправильно — дома оторвал звонок у входной двери, испытывал страх, искал топор, взял утюг и угрожал жене убийством. Как видно из акта СПЭ от 23 июля 1968 года, будучи помещенным в больницу, он был напряженным, злобным, держался обособленно. На свидании с женой упрекал ее в том, что она якобы приходила на свидание к другому больному отделения, требовал у нее признания, отказывался от передач. В марте 1968 года жена в связи с пьянством настояла на том, чтобы он ушел от нее к матери. Со слов матери, у нее он вел себя странно: был подавлен, ничем не интересовался, подолгу смотрел в окно, не спал ночами, внезапно вскакивал. Вместе с тем, его часто видели пьяным в кругу своих друзей. В начале мая 1968 года он оставил работу. 16 мая, после очередной попойки, ночью внезапно соскочил с постели и со словами: “Убью!” — бросил будильник в мать. Она с трудом выскочила из квартиры и спряталась у соседей”.

“При настоящем освидетельствовании в Институте обнаружено следующее. Соматическое и неврологическое состояние — без особенностей.

Психическое состояние: испытуемый формально правильно ориентирован в месте, времени и окружающем. Поведение его в отделении Института монотонное, однообразное, держится он обособлено, активно с соседями по палате не общается, обычно сидит или лежит в постели, ничем не занят — лишь иногда просматривает журналы, но на просьбу рассказать о прочитанном безучастно отвечает: “Не помню — смотрел, а не читал”. В беседе с врачом он на вопросы отвечает формально, односложно, уклончиво, не раскрывает своих переживаний, при этом обычно ссылается на то, что он “не знает”, “не помнит”. Так, при просьбе рассказать о причинах его помещения в психиатрические больницы (в 1965 и в 1967 гг.), о переживаниях того периода упорно повторяет, что он “не знает, не помнит”, и тут же добавляет: “Значит, считали, что нужно поместить”. Утверждает, что жену он не ревновал и причину ухода от него жены также “не знает”. О своем правонарушении (убийство сотрудника ИТК) подробных сведений не сообщает, говорит, что убитого он

раньше не знал, “не помнит” и обстоятельств правонарушения и “не знает, за что убил”. Сейчас он “ни о чем не думает”, допускает, что сейчас у него “с головой не все в порядке”, раз он совершает “такие поступки”. Речь испытуемого монотонная, мало модулированная, пульс на всем протяжении беседы обычно остается неизмененным — до 72 ударов в одну минуту. Так, даже на вопрос о мере наказания, которая ему была определена судом, тем же монотонным голосом ответил, что был приговорен к расстрелу, и повысил голос и несколько возбудился лишь в ответ на вопрос, зачем ему понадобились хромовые сапоги, которые он попросил на свидании у матери. При проведении ему экспериментально-психологического исследования предложенные ему задания он выполнял без заинтересованности, неохотно, часто отказываясь: так, отказался додобрать рисунки для запоминания слов в пиктограмме, отказался довести до конца прямой вариант ассоциативного эксперимента. Выполняя пробу на установление последовательности событий в серии картин с разворачивающимся сюжетом, допускает ошибки при действии на наглядном уровне, не проявляет эмоциональной реакции на успех и неудачу и заинтересованности. Критика к своему состоянию и содеянному у него отсутствует”.

Из дневников наблюдения среднего медицинского персонала (дополнение, сделанное автором).

“Лекарства пьет охотно (до 18 сентября принимал тизерцин до 150 мг). С нянями вежлив, скромен, в отделении незаметен. Было свидание с матерью, остался доволен. Не выносит громкого разговора. Был доволен переводом в 1 палату, улыбался, сказал “спасибо”.

С 20-х чисел октября: поведение правильное, с больными общителен, с персоналом вежлив. Очень аккуратен. Выдержан, ровен, спокоен. Видно, что он не выносит постоянные придирки К. к персоналу, особенно во время еды. Тогда долго, злобно и тяжело смотрит на него в упор. Когда Д. бросился к окну и ударился головой о стекло, быстро подбежал к санитарке, как бы оберегая ее.

Конец октября. Живо интересуется, что делается “на воле”, любит читать газеты. К персоналу относится с уважением.

Ноябрь. Любит читать. Всегда старается быть в стороне от больных. Много читает. Стал более доступен, ходит в другие палаты”.

“На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Р. страдает психическим заболеванием в форме вялотекущей шизофрении. Об этом свидетельствуют имеющиеся у него выраженные эмоционально-волевые расстройства с аутизмом, замкнутостью, тупостью, неадекватностью и импульсивностью реакций и расстройства мышления с нарушением критики и

диссимуляцией болезненных переживаний, о чем можно судить по ответам испытуемого в форме “не помню”, “не знаю” на задаваемые вопросы, хотя из косвенных высказываний видно, что эти утверждения не соответствуют действительности. Особенности течения заболевания (вялотекущая форма) с медленным нарастанием психического дефекта преимущественно в эмоционально-волевой сфере при кратковременности и нерезкой выраженности психотических переживаний, провоцировавшихся массивной алкогольной интоксикацией, затрудняли квалификацию заболевания как шизофрении на предыдущих этапах обследования. Поэтому, как душевнобольного, в отношении инкриминированных ему деяний, совершенных им в болезненном состоянии, Р. следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию в настоящее время (диссимуляция болезненных переживаний, импульсивные поступки, особая тяжесть содеянного) он нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа системы МВД СССР”.

Анализ болезни Р., проведенный автором

Преморбидная личность Р. определялась шизоидными чертами характера: замкнутость, скрытность, обидчивость, вспыльчивость с легко возникающей озлобленностью. Явные болезненные симптомы появляются в возрасте 18 лет. К ним относятся: а) недоверчивое и подозрительное отношение Р. к сослуживцам, повлекшее за собой, возможно, частые смены мест работы; б) злоупотребление алкоголем, достигшее со временем степени хронического алкоголизма (наличие похмельного синдрома); в) асоциальное поведение (совершил два ООД, из них первое — в возрасте 18 лет); г) появление состояний измененного настроения в форме дисфорий (“без причины начинал злиться”). К этим симптомам следует добавить еще один: интимную связь Р. с родственницей. Даже в том случае, если здесь не было инцеста (в акте не указана степень родства), такая связь свидетельствует не только о личностных особенностях Р. (в том числе, возможно, и о наличии у него уже в тот период эмоциональных изменений и (или) изменений влечений), но и о существовании аномальных личностных черт у сексуального партнера. Последние характеризуют генеалогический фон Р. Следует отметить также атипичность состояний алкогольных опьянений у Р., возникших еще до начала хронического алкоголизма (эксплозивный вариант).

Последующее усложнение клинической картины болезни происходило за счет появления бредовых идей супружеской не-

верности (слежка, проверка брачного партнера) и возникновения на фоне хронического алкоголизма непосредственно связанных с употреблением алкоголя двух транзиторных психозов. В их клинической картине преобладали аффекты страха и злобы, сочетавшиеся с бредом преследования и импульсивными защитными поступками (во время второго психоза спустился "по балконам" с пятого этажа). Оба психоза сопровождались недоступностью ("своих переживаний не раскрывал").

Сходное развитие болезни (сочетание расстройств, свойственных вялому течению, с эпизодическими вспышками психоза) существовало у Р. и после первой СПЭ в Институте. В ИТК отмечалось психопатоподобное поведение (нарушение режима содержания и т.д.) и периодические субдепрессивные состояния с вялостью и безынициативностью, внешне неотличимые от эмоционально-волевого дефекта. Эти нарушения дважды прерывались импульсивными расстройствами. Еще в период нахождения в СИЗО у Р. внезапно развилось неистовое кратковременное двигательное возбуждение с разрушительными действиями. До этого он был заторможен и чему-то улыбался. Убийству сотрудника ИТК также предшествовала двигательная заторможенность, скорее всего, в рамках кататонического эпизода: "стоял продолжительное время на одном и том же месте". Само противоправное деяние было совершено внезапно, без какого-либо внешнего повода, то есть носило характер импульсивного поступка. Поведение Р. после совершения им убийства в большей мере могло отражать субдепрессивный аффект с вялостью и безразличием, чем несомненно существовавшие у него в то время эмоциональные личностные изменения. Правомерно сделать предположение, что и до совершения убийства у Р. в ИТК отмечалось состояние импульсивного возбуждения: при нападении на двух заключенных в одном случае было использовано то же орудие, что и при убийстве сотрудника ИТК — топор. Таким образом, как до, так и после осуждения заболевание у Р. проявлялось вялым развитием, прерываемым транзиторными психозами. Первые два, несомненно, провоцировались алкоголем; последующие возникали аутохтонно при наличии рудиментарных кататонических расстройств и сопровождались импульсивными поступками.

В психическом статусе Р. в период первой и особенно — второй СПЭ обращала на себя внимание малая доступность. На эту особенность его состояния ранее обращали внимание врачи больницы им. П.П.Кащенко. Существование эмоциональных расстройств в период заключительной СПЭ в Институте не вызывает сомнений. Однако степень этих расстройств комиссией Института явно завышена. Дневники наблюдения персонала свидетельствуют об этом со всей очевидностью. Лечение Р. тизерцином (препарат с нейролептической и антидепрессивной

направленностью) выявило определенную сохранность у Р. эмоционально-волевых реакций. Во всяком случае, о его "тупости" в данном случае говорить нет оснований. Изменения личности у Р. как в период первой, так и в период второй СПЭ являлись во многом сходными. Их определение в период первой СПЭ как "деградации личности по алкогольному типу с морально-этическим снижением" не соответствовало клинической картине личностных изменений: на протяжении всей жизни Р. был угрюмым шизоидом.

Психозы, возникшие у Р. в период существования у него хронического алкоголизма, можно расценить и как алкогольные, возникшие у больного шизофренией, и как кратковременные шизофренические психозы, провоцированные употреблением алкоголя.

Диагноз: вялопротекающая шизофрения с психопатоподобными, аффективными и паранойяльными расстройствами. Вялое развитие болезни прерывалось то экзогенно провоцированными психозами (алкогольными? эндогенными?), то аутохтонно развивающимися транзиторными шизофреническими психотическими состояниями, в структуре которых имелись рудиментарные кататонические симптомы. Основному заболеванию до первой СПЭ сопутствовал симптоматический хронический алкоголизм.

Наблюдение N 11. "П., 1941 г.р. Обвиняется в убийстве. В Институт поступил 6 февраля 1964 года. 13 марта он был представлен на СПЭК, но в связи с необходимостью для экспертизы дополнительных объективных данных срок наблюдения испытуемого в Институте был продлен до 16 апреля 1964 года.

Со слов испытуемого, его родителей и из материалов уголовного дела известно следующее. Психическими заболеваниями в семье испытуемого никто не страдал. Раннее его развитие протекало без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, скарлатину, малярию, ангины. С трех лет испытуемый страдает дальнозорким астигматизмом, по этой причине он в дальнейшем был освобожден от армии. В дошкольном возрасте испытуемый перенес две черепно-мозговые травмы с потерей сознания, но в больницу по этому поводу не помещался. С 15 лет у испытуемого наблюдалось периодическое повышение кровяного давления. Рос он живым, впечатлительным, несколько раздражительным ребенком. Внешне всегда был подтянут и аккуратен. С 7 лет испытуемый пошел в школу, учился средне. Окончил 10 классов. Со старших классов школы начал употреблять алкоголь. После окончания школы испытуемый работал лаборантом и поступил учиться на заочное отделение машиностроительного института. Хотел, по его словам, работать и

учиться, чтобы “лучше узнать жизнь”. В институте он учился удовлетворительно, но через год учебу оставил. С 15 октября 1962 года до ареста испытуемый работал в институте тонкой химической технологии в должности механика. Из имеющейся в деле производственной характеристики видно, что он был исполнительным и дисциплинированным, принимал участие в общественной жизни коллектива. 31 декабря 1961 года на новогоднем вечере в институте он познакомился с Т. На протяжении последующих двух лет испытуемый поддерживал с ней близкие отношения. Из показаний знакомых Т. известно, что она была способной, общительной, была знакома с родителями испытуемого, бывала у них в доме и несколько раз ночевала на кухне квартиры испытуемого тайком от его родителей. Подругам Т. говорила, что любит испытуемого. Испытуемый рассказывал матери и некоторым товарищам о своих отношениях с Т., которые были неровными и своеобразными. Так, испытуемый называл Т. на “Вы”, не стеснялся в хлестких нецензурных выражениях, оскорбительных для нее. Испытуемый мог в ее присутствии говорить о своих чувствах к другой девушке. Он в любое время вечера и ночи звонил ей и вызывал ее из дома, часто брал у нее деньги на вино и такси. Когда испытуемый бывал с нею в ресторане, то он обращал ее внимание на других мужчин и советовал ей с ними познакомиться, говоря, что у него уже нет интереса к женщинам. Как известно, встречи с Т. сопровождались приемом большого количества вина. В состоянии опьянения испытуемый несколько раз бил ее. Так, осенью 1963 года испытуемый, находясь у себя в доме, сильно избил Т. Боясь, что она подаст на него в суд, он закрыл дверь кухни на ключ и пытался повеситься. Т. однажды после ссоры с испытуемым пыталась вскрыть себе вены. В октябре 1963 года она пыталась отравиться люминалом, по этому поводу лежала в Институте им. Склифософского. После этого случая испытуемый и потерпевшая подали заявление в ЗАГС, но вскоре поссорились и забрали заявление. 7 ноября 1963 года испытуемый, будучи в гостях у Т., оскорблял ее, за что был избит мужем сестры. Последующие несколько дней он был подавлен, просил мать Т. уговорить последнюю не встречаться с ним. В этот период времени он почти ни с кем не разговаривал на работе, но своему товарищу объяснил причину синяков на лице. Высказывал мысли о самоубийстве. В течение некоторого времени испытуемый не встречался с Т., но потом они снова помирились. В декабре 1963 года он часто оставался ночевать у Т., так как ее мать была в доме отдыха. Новый, 1964 год испытуемый встречал с Т. у себя на квартире. Он был весел, поздравил родителей, сестру, сделал всем подарки. 9 января 1964 года, около 11 часов вечера испытуемый приехал к Т. и с собой принес 500,0 водки. Он выпил около стакана водки, после чего

они поговорили и легли спать. Когда испытуемый стал утром одеваться, то не мог найти очки. Он рассердился, оскорбил Т., после чего возникла ссора, закончившаяся дракой. Когда Т. бросила в испытуемого графином, то у него "возникло желание покончить со всем этим" — "убить Т., потом в том же плане решить свою судьбу". Со словами: "Надо, золотко, со всем этим кончать", — испытуемый попросил потерпевшую снять сорочку, заявив, что голое тело более красиво. Т. смеялась, по словам испытуемого, думала, что он смалодушничает, затем испытуемый днищем от разбившегося хрустального графина ударил несколько раз Т. в правый висок, после чего стал душить ее подушкой. Убедившись, что у нее пульса нет, он накрыл труп одеялом, затем вытер кровь, попудрился и, взяв из сумки потерпевшей 5 рублей денег, в девятом часу утра вышел из комнаты, закрыв дверь на ключ. В течение дня испытуемый, по его словам, ходил по городу, ездил на электропоезде, пытался покончить с собой — но ему будто бы мешали люди или появлялась мысль, что он не умрет, а лишь покалечит себя. Домой пришел около девяти часов вечера. В это время он был очень сильно взволнован, попросил всех, кроме матери, выйти из комнаты рассказал ей о случившемся, попросив ее об этом не говорить никому. Когда мать пыталась выйти, он плакал, хватал ее за горло. Тут же испытуемый написал записку следующего содержания: "Слишком много выпито! Очень много потеряно! Первая женщина — и не любит. Это для меня, а теперь — для вас. Не думайте, что я хотел прожить необычным человеком — слишком хорошо хорошо знаю великих писателей ... Итак, прошу никого не винить. Увы, ваш Валерий. 10 января 1964 года". После этого испытуемый заснул. На следующий день был обнаружен труп Т. и испытуемый был задержан на чердаке дома, где он пытался повеситься. В этот же день, во время допроса, он подробно рассказал о своих отношениях с потерпевшей и подробно описал момент совершения преступления. В дальнейшем испытуемый отказался подписать свои первые показания, заявляя, что он был без очков и не знает, что писал следователь. Он часто отказывался от допросов, выражал недоумение по поводу совершенного, начинал пространно рассуждать о жизни, однажды высказал мнение, что его, может быть, поймет психиатр. В тюрьме попросил перевести его в одиночную камеру. В своих показаниях родители испытуемого отметили, что последние полтора года испытуемый стал раздражительным, а на протяжении последних месяцев несколько раз говорил о самоубийстве. Они также указали, что потерпевшая будто бы говорила бабушке испытуемого, что он всегда что-то ищет у нее в комнате и закрывает дверь на ключ. Один из товарищей испытуемого рассказал, что осенью 1963 года испытуемый

без видимой внешней причины набросился на него с ножом. В декабре 1963 года, будучи в кинотеатре с другим товарищем, испытуемый вдруг спросил, не убьет ли он его — однако через некоторое время с этим же товарищем в подворотне какого-то дома испытуемый распил бутылку вина. Сотрудник по работе отмечает, что последнее время испытуемый приходил на работу разбитым и от него пахло винным перегаром. В связи с возникновением сомнения в психической полноценности, испытуемому была назначена СПЭ. В акте N ... от 30 января 1964 года видно, что во время АСПЭК испытуемый был ориентирован, последовательно сообщал о себе сведения, но иногда не отвечал и на самые простые вопросы. Он говорил врачам, что ему "все безразлично", но был взволнован, пульс учащен, краснел, облизывал губы. Был склонен к рассуждательству, говорил, что "пострадавшая замышляла его убить", что она "распространяла" его фотографии по своим знакомым, чтобы они его "опознали".

"При обследовании в Институте было установлено следующее. Заключение терапевта: "транзиторная гипертония, недостаточность митрального клапана в стадии компенсации"; неврологическое состояние — без особенностей.

Психическое состояние: испытуемый в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Во время беседы он старается держать себя свободно, охотно отвечает на задаваемые ему вопросы, некоторые ответы сопровождает иронической улыбкой. Жалоб на здоровье испытуемый не предъявляет. Внешне спокойно, с некоторой рисовкой рассказывает врачам о своих взаимоотношениях с Т. — говорит, что не любил ее и несколько раз пытался прервать с ней отношения, но не мог, так как считал, что потерпевшая будет без него страдать. Испытуемый уверен в том, что она была близка с другими мужчинами, но чувства ревности к ней не испытывал. Совершённое испытуемый объясняет "трагической случайностью" — "была ссора". При разговоре об этом он начинает заметно волноваться, вздыхать, лицо его покрывается красными пятнами — но он пытается скрыть волнение, говорит, что это теперь его не тревожит. Себя испытуемый считает психически здоровым человеком, но с готовностью сообщает, что с детства испытывал чувство одиночества. Охотно рассказывает врачам, будто, начав работать, он увидел, что люди не равны материально, что обстановка на "шарике" напряженная и что, видимо, человечество идет к физической гибели. Отмечает, что в последнее время был недоволен своей личной жизнью и после неприятностей у него появлялись мысли о самоубийстве. Иногда заявляет, что у него якобы был период, когда за ним следили, хотели убить — но говорит об этом неопределенно и неуверенно, не может уточнить этого переживания. Иногда, по его словам, во время беседы

с некоторыми врачами у него появляется чувство какой-то зависимости от этого человека или мысленное желание ударить его. Подобные явления испытуемый назывет "гипнозом". Говоря об этом, он внимательно следит за производимым впечатлением, тонко улавливает изменения интонации в тоне собеседника, а почувствовав недоверие к своим словам, дает соответствующую эмоциональную реакцию. Мышление его последовательное. Он быстро понимает заданные ему вопросы и дает соответствующие ответы. Хорошо понимает переносный смысл пословиц, улавливает иронию и сам иронизирует. Голос его хорошо модулирован, речь правильная, с достаточным запасом слов. Он осмысляет и переживает сложившуюся ситуацию, беспокоится о своем будущем. Психотических переживаний (бреда, галлюцинаций) у испытуемого нет. Всегда пытается узнать у врачей, как долго он будет находиться в Институте и о возможном решении комиссии. Первые дни пребывания в отделении испытуемый был подавлен, много лежал, молча наблюдал за происходящим вокруг. В дальнейшем он начал общаться с отдельными испытуемыми, активно участвовал в жизни отделения, иногда вместе с другими подростками пытался нарушать режим. С врачом испытуемый разговаривал охотно. Во время обходов старался всегда быть веселым, говорил, что у него хорошее настроение, "все хорошо". В то же время, несколько раз он плакал, особенно после получения передачи от матери, временами заявлял, что жизнь его все равно окончена. Критическая оценка своего состояния и правонарушения полностью сохранена".

Экспериментально-психологическое исследование от 11 марта 1964 года (взято автором из истории болезни подэкспертного).

"Испытуемый держится высокомерно, задания выполняет неохотно, без заинтересованности говорит: "Все это мне ни к чему, это чушь, что я убил и еще два месяца живу ... Я не могу больше видеть солнце, свет, людей, Вас ... Я абсолютно здоров, все это выполнить могу". Свою несостоятельность в выполнении ряда заданий объясняет гипнозом: "Вы меня гипнотизируете — исчезают мысли, голова делается полная и пустая", — неадекватно улыбается при этом.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает тонкие, но четко выступающие нарушения мышления типа разноплановости, искажения уровня обобщения, паралогизмы, искажения смыслового восприятия".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что П. психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает психопатические черты характера со склонностью к истерическим реакциям и аффективной неустойчивости. Об этом свидетельствуют свойственные испытуемому с детства такие черты,

как нецелеустремленность, неустойчивость интересов, вспыльчивость, раздражительность, склонность к истерическим формам реагирования, эгоцентризм, повышенная самооценка и стремление произвести на окружающих впечатление человека необычного, с оригинальными взглядами на действительность. Все эти особенности характера усилились за последние годы под влиянием возникшей у испытуемого склонности к злоупотреблению спиртными напитками. Высказывания испытуемого о гипнотическом воздействии на него со стороны окружающих, о его "философских" взглядах носят клинически неправдоподобный характер и по своему описанию и манере предъявления не укладывается в клиническую картину какого-либо психического заболевания. Как недушевнобольного, П. в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного вне какого-либо болезненного расстройства психической деятельности, следует считать вменяемым".

Катамнез (по материалам акта СПЭ Института — апрель 1967 года).

"Испытуемый был возвращен на следствие. Ознакомившись с заключением экспертов, он выразил несогласие с заключением экспертов — утверждал, что совершил убийство в болезненном состоянии, требовал назначения повторной экспертизы. Когда ему в этом было отказано, потребовал заменить ему следователя. В зале судебного заседания испытуемый не отвечал на вопросы, утверждал, что присутствующий на заседании эксперт действует на него гипнозом. Психиатром-экспертом было дано заключение о симулятивном поведении испытуемого. В дальнейшем, в процессе судебного разбирательства, испытуемый вел себя вызывающе, дерзко, в связи с чем ставился вопрос о слушании дела в отсутствие обвиняемого. Кассационная жалоба о смягчении срока наказания удовлетворена не была. 31 августа 1964 года осужден судебной коллегией по уголовным делам на 15 лет лишения свободы. 19 ноября 1964 года испытуемый прибыл в ИТК. Он отказывался в категорической форме сдать гражданскую одежду, заявив, что в жилую зону он не пойдет и работать не будет, оскорблял надзирателей и заключенных, делавших ему замечания. С декабря 1964 года по настоящее время (апрель 1967 года) испытуемый отбывал наказание в другом ИТК. Из характеристики видно, что испытуемый систематически отказывался от работы, не подчинялся режиму содержания, грубил надзирателям, допускал антисоветские высказывания. За подобное поведение испытуемый лишался передач, неоднократно его вызывали на собеседования, помещали в ШИЗО. Испытуемый писал в адрес администрации лагеря много заявлений, в которых жаловался на тяжесть содержания в колонии, заявлял о наличии у него душевного заболевания, поясняя, что у него "бывают истерики", демон-

стративно угрожал покончить с собой, завляя при этом, что по состоянию своего психического здоровья он не будет отвечать за свои поступки. В письмах к матери испытуемый описывал свою жизнь в местах заключения, искал к себе участия. Обращался в каждом письме к матери с рядом конкретных просьб. Рассуждал в письмах о жизни на земле, которую он называл "шариком", о гипнозе. Однако в письменной продукции испытуемого проявлений нарушения мышления болезненного характера не было. С апреля 1966 года испытуемый в заявлении администрации просил перевести его на работу с радиоактивными изотопами. Получив отказ, в июне 1966 года испытуемый объявил голодовку, некоторое время кормился искусственно. В связи с таким поведением испытуемый был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу. При АСПЭК в Оренбургской психиатрической больнице 19 августа 1966 года испытуемый предъявлял жалобы на гипнотическое воздействие со стороны врачей, высказывал "идеи величия". Амбулаторной комиссией был установлен диагноз параноидной формы шизофрении".

Выдержки из акта N 227 АСПЭК Оренбургской психиатрической больницы от 19 августа 1966 года (взяты автором из истории болезни подэкспертного во время СПЭ в Институте в 1967 году).

"Речь витиеватая, вычурная, монотонная. Жалуется, что у него "руки и ноги отнимаются". Считает, что это — результат воздействия "соответствующих сигналов", которые посылают врачи из "этого помещения". Начал ощущать действие этих сигналов, подъезжая к больнице, но особенно интенсивно — когда вошел в кабинет. Называет это воздействие гипнозом. Отмечает, что впервые гипнотическое воздействие начал ощущать на себе с зимы 1964 года, во время первой СПЭ. Оно для него тягостно физически и влияет иногда на его мышление, так как в результате гипнотического воздействия исчезают внезапно мысли. Интенсивность этих гипнотических сигналов меняется по воле людей, от которых они исходят. Убежден, что во время искусственного кормления ему вводят в организм отравленные вещества. Ощущает их во рту, они легко "возгоняются" и появляются при отрыжке в виде горечи и неприятного запаха. Считает, что это делается с целью "физического воздействия" на его организм — чтобы подорвать его здоровье. Долго рассуждал, что убийство он действительно совершил с особой жестокостью, но что сделал это неумышленно. Потом внезапно свой рассказ прервал, долго молчал, уставившись в одну точку — потом вдруг сказал: "Если такие сигналы будут продолжаться, я не смогу рассказывать. У меня пустая голова, нет мыслей". В письме к матери от 11 апреля 1966 года пишет: "Может быть, я был эгоистом — однако рас-

суждал здраво и правильно. Жизнь есть жизнь. Поэтому-то на нашем сумасшедшем шарике частенько разыгрываются драмы, и часто — в миллионных масштабах. Так что будем немножко терпимы и чуть-чуть подходить к вещам философски, кое-что повидавшими в мире. И плюс к этому поговорка: "Терпенье и труд все перетрут". Поговорка — поговоркой, философия — философией, но при удачном течении обстоятельств радикальные действия — необходимость, крайне важная для тебя и еще раз для тебя". В заключении акта обосновывается мысль о том, что "шизофренический процесс имеет значительную давность" и что "П. совершил убийство в болезненном состоянии".

"27 августа 1966 года испытуемый прекратил голодовку. С 5 октября по 1 ноября 1966 года, во время стационарного обследования в психиатрической больнице п/я N ... , как отмечено в выписке из истории болезни, психотических нарушений у него не отмечено; указывалось лишь на наличие у испытуемого "черт демонстративности, самовлюблености, склонности к фантазированию и переоценка собственной личности". Испытуемому был установлен диагноз: "психопатическая личность истерического круга", и он был выписан из больницы. После возвращения в ИТК испытуемый продолжал отказываться от работы, во время беседы с заведующим медчастью колонии 10 февраля 1967 года заявил, что под влиянием гипнотического воздействия он может убить кого-нибудь из заключенных или администрации или совершить побег. Мать испытуемого высказывала в письмах в адрес администрации лагеря предположение о возможном психическом расстройстве у ее сына; это же она говорила и во время беседы с ведущим врачом в период настоящего обследования испытуемого в Институте".

"В Институт испытуемый поступил 21 апреля 1967 года в связи с неправильным поведением в местах лишения свободы.

При обследовании в Институте установлено следующее. Заключение терапевта: "транзиторная гипертония"; в неврологическом статусе отмечена слабость конвергенции слева, птоз справа, чуть сглажена правая носогубная складка. Заключение невропатолога: "остаточные явления раннего врожденного поражения мозга".

Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании, все виды ориентировки сохранены. Во время беседы он держится напряженно, волнуется, но старается скрыть волнение нарочитыми улыбками и гримасами. Иногда явно нарочито хохочет. Активно испытуемый в беседу не вступает, жалоб никаких не предъявляет, заявляет, что он сейчас здоров. Однако подчеркивает, что убийство им было совершено в болезненном состоянии, "в состоянии бешенства". На расспросы о "гипнотическом воздействии" на него испытуемый произносит: "Ох, и сильно

гипнотизируют — говорят, что не нужно расстраиваться". Заявляет, что гипнотизерами являются все врачи отделения, которые словами "хорошо объясняются" с ним, а "мысленно" хотят его "уничтожить", делают ему "бешено-истерические глаза". Неожиданно в беседе начинает говорить, что он известный человек "в масштабе политических преобразований". Заметив недоверие собеседника к своим словам, начинает говорить, что он "гениальный", — а всех таких изолируют в тюрьмы, лагеря. С рисовкой и возмущением заявляет, что "перевоспитать такими большими сроками наказания нельзя". Тут же говорит, что сам себя он приговорил к трем, максимально — к четырем годам лишения свободы. Испытуемый также называет себя "президентом шарика, демократом, альтруистом, идеальным коммунистом". Испытуемый хорошо улавливает к нему отношение собеседников, бледнеет, когда ему делают замечания, указывают на нелепость его высказываний, останавливают его. Он характеризует себя только положительно, отрицает плохое отношение к потерпевшей, при этом с деланным смехом и иронией бросает фразу: "Для женщины готов на подвиг силы беспримерной". Заявляет, что он "не психически, а душевно больной". В конце беседы он говорит: "Свободу мне нужно — меня неправильно признали душевным убийцей". Мышление испытуемого последовательное, бреда и галлюцинаций у него нет. Он обеспокоен своим будущим, старается доказать, что его наказали слишком строго и он нуждается в смягчении меры наказания. В отделении Института испытуемый хорошо ориентируется в обстановке, в курсе всех происходящих событий, общается с окружающими. Постоянно проявлял беспокойство о своем будущем. Он каждое воскресенье имел свидание с родными — после свидания с ними бывает подавлен, плачет, критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации у испытуемого полностью сохранена".

Из дневника наблюдения (взято автором из истории болезни подэкспертного): "Врачи действуют на него гипнозом и создают ему неприятные ощущения в области желудка, а старшая сестра действует на сердце. Сообщил о голосах родителей в лагере, котоые уговаривали его бросить голодовку. Отмечал, что особенно интенсивное влияние гипноза было в одиночной камере".

"На основании изложенного комиссия полностью подтверждает диагностическое заключение СПЭК Института им. профессора В.П.Сербского от 16 апреля 1964 года и считает, что П. психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает психопатические черты характера со склонностью к истерическим реакциям и аффективной неустойчивости. Указанное заключение подтверждается выявляемыми у испытуемого с ранних лет и по

настоящее время такими характерологическими особенностями, как повышенная эмоциональная возбудимость, неустойчивость интересов, эгоцентризм, переоценка собственной личности, склонность к рисовке и истерическим формам реагирования в неблагоприятной для него ситуации. Повторное освидетельствование в Институте в настоящее время не выявляет в его состоянии (по сравнению с 1964 годом) динамики, характерной для какого-либо психического заболевания (в том числе и для шизофрении); у него отсутствуют и психотические переживания (бред, галлюцинации и др.), а также нет болезненных нарушений со стороны мышления и эмоционально-волевой сферы. Поэтому установленный П. при АСПЭК в Оренбургской областной больнице диагноз "шизофрения" следует считать неправильным. Активно предъявляемые испытуемым как в период пребывания его в местах лишения свободы, так и в настоящее время жалобы на "гипнотическое влияние", "идеи величия", его высказывания "философского характера" не сопровождаются какими-либо болезненными нарушениями со стороны мышления и эмоционально-волевой сферы, что указывает на их клинически неправдоподобный характер: их следует расценить как симулятивные. По состоянию психического здоровья П. под действие статьи 362 УПК РСФСР не подпадает, может отбывать наказание в местах лишения свободы".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — апрель 1971 года).

"29 июня 1967 года испытуемый выбыл в места лишения свободы. 11 июля 1967 года он обратился к администрации ИТК с заявлением, в котором писал: "Постоянное гипнотическое воздействие совершенно делает меня больным". В одном из писем матери испытуемый сообщал о своей "мании" ломать вещи: "В общем, сам себе не принадлежу; это ужасно — такой мой удел ... Испытываю постоянное гипнотическое воздействие, круглосуточное издевательство. Но было хуже". Из характеристики на испытуемого видно, что с 10 июля 1967 года по 8 апреля 1968 года он не допускал нарушений дисциплины, приобщился к общественно-полезному труду, посещал собрания, политические занятия. С января 1968 года испытуемый перстал писать матери. 1 июля 1968 года испытуемый объявил голодовку и просил, чтобы его изолировали в отдельную камеру. Свое решение он обосновывал в заявлении начальнику ИТК, в котором писал: "Голодовку я объявляю в знак протеста против систематически круглосуточного гипнотического ущемления и издевательств (физических и интеллектуальных), направленных против меня лично. Я предпочитаю медленную смерть на голодовке в одиночной камере (даже сумасшествие) варварскому полуживому существованию в атмосфере систематической травли и изнури-

тельного физического труда". 30 июля 1968 года испытуемый прекратил голодовку. В августе 1968 года — впервые в этом году — он написал матери письмо, в котором просил о посылке. Письмо подписал: "президент Филин". Некоторые существительные писал с большой буквы, сопроводил письмо малопонятным рисунком. 11 ноября 1968 года испытуемый писал: "Мама, гипнотические пытки нестерпимы. Сам себе не принадлежу". С августа 1968 года стал работать дезинфектором, однако продолжал нарушать дисциплину. Как видно из характеристики на испытуемого от 20 июня 1969 года, он груб и несдержан, в коллективе неуживчив. В октябре-ноябре 1969 года за хорошее отношение к труду и примерное поведение с испытуемого сняли взыскания. В дальнейшем, в 1970 году, как видно из рапорта оперчасти ИТК, испытуемый вел себя неправильно, заявлял, что цепная термоядерная реакция уничтожит земной шар, что он призван защищать земной шар от фашистской чумы; что однажды испытуемый напал на заключенного и стал душить его с криком: "Фашизм не пройдет!" 9 мая 1970 года испытуемый писал начальнику ИТК: "9 мая 1970 года, в день победы над фашистской Германией, я выступал перед народом Земного шара и призывал, и просил, и приказывал им прекратить убивать и сжигать друг друга. Я выдвинул свою кандидатуру в Президенты Земного шара на предельно демократической, альтруистической платформе. Меня слушали люди Земли". Принимая во внимание такое поведение испытуемого, инспектор оперативной части ИТК постановил назначить СПЭ. В постановлении о назначении экспертизы указано, что во время беседы с испытуемым в присутствие врача испытуемый вел себя странно, на вопросы отвечал односложно или молчал, во всем и ко всему чувствовалась апатия".

"22 мая 1970 года АСПЭК при Оренбургской областной психической больнице пришла к заключению, что можно предположить о наличии у испытуемого бредового синдрома неясной этиологии и что для лечения и для уточнения диагноза, а также для исключения симулятивного поведения он нуждается в помещении в психиатрическую больницу специального типа".

"С 16 июля по 20 августа 1970 года испытуемый находился в отделении Центральной больницы учреждения ... . В эпикризе истории болезни указано, что у испытуемого поведение демонстративное, театральное. Речь быстрая, витиеватая, как бы заученная, охотно прибегает к символике и необычайно выспренным выражениям, часто употребляет термины из своих специальных знаний по радио и электронике. Утверждает, что убийство совершил в состоянии психоза, а поэтому не согласен с решением экспертной комиссии. На самые простые вопросы говорит по

существу, но старается вновь перейти к тому, что он скоро полетит в путешествие. За время нахождения в стационаре продолжал говорить о его высоком развитии, о его открытиях и в то же время жаловался на бесперспективность своего существования в лагере. Домой пишет теплые письма, просит приехать на общее свидание. Был крайне удивлен, что его выписывают обратно в ИТК. С диагнозом: "психопатия истерического типа, установочное поведение" испытуемый был выписан".

"После возвращения в ИТК испытуемый продолжал категорически отказываться от работы, не выполнял режим требований. 10 сентября 1970 года в своем объяснении начальнику ИТК испытуемый пишет: "Так как за мной в колонии осуществлялся усиленный надзор со стороны людей, землян, марсиан и других континентов многих планет и совершеннейших электронных систем, я не могу получать ни нормального общения, ни нормального питания, ни нормальной работы". Учитывая такие высказывания испытуемого и его поведение, он был вновь направлен на стационарную СПЭ".

"В стационар Института испытуемый поступил 21 апреля 1971 года. 20 мая 1971 года экспертная комиссия пришла к заключению, что в связи с неясностью клинической картины срок наблюдения необходимо продлить".

Заключительная СПЭ была произведена 2 июля 1971 года.

"Из материалов личного дела, медицинской документации и со слов родителей известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Рос повышено впечатлительным, "нервным" ребенком. Любил фантазировать. После 6 класса средней школы испытуемый стал хуже учиться. С 15 лет он начал жаловаться на повышенную утомляемость, плохой сон. Со старших классов употребляет алкоголь. В 1962-63 годах испытуемый стал приходить на работу в "разбитом состоянии, с запахом перегара изо рта". Стал раздражительным, неустойчивым в настроении. На протяжении 1963 года испытуемый несколько раз говорил о самоубийстве. В декабре 1963 года без видимой причины испытуемый, будучи в кинотеатре с товарищем, спросил, не убьет ли тот его. В дальнейшем, как это видно из истории болезни N 124/4 Института Сербского (1964 год), вспоминая о том периоде, испытуемый говорил, что "чувствовал со стороны, как люди как-то с подозрением к нему относятся". Матери испытуемый говорил, что скоро умрет, что он подвластен каким-то силам. В конце 1963 года испытуемый запрещал подходить к телефону, так как считал, что это его погубит. Стал более замкнутым, был чем-то встревожен. С Т. испытуемый был знаком с 1961 года. Своей матери испытуемый заявлял, что, может быть, Т. хочет жить с его отцом, и только поэтому собирается выйти за испытуемого

замуж. (...) Испытуемый попросил Т. раздеться и затем графином ударил ее по голове, после чего стал душить. Потом он нанес ей 14 ножевых ранений".

"При обследовании в Институте установлено следующее. Соматически — без особенностей. Заключение окулиста: астигматизм. Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние: иногда испытуемый подавлен, встревожен. В иные дни периодически оглядывает окружающих, беседует свысока, манерен. Спонтанно о совершенном убийстве не вспоминает. На вопросы отвечает, что, возможно, убил не Т., а куклу и за ним в то время следили из другой комнаты. Знает год, месяц, числа не знает. Ссылается на путаницу в его "безобразном летоисчислении". Говорит, что находится в НИИ — Центре звездно-планетной науки, где он является испытуемым. Сообщает, что он выясняет, кто он — Генрих Гитлер или П. О том, что он Генрих Гитлер, он якобы узнал весной 1970 года, когда ему "провокационным образом сообщили эту информацию". Врачей называет то грюнианами, то неправильными именами. О родственниках отказывается говорить, так как не знает, на каких "шлюзированных перегрузках" они находятся. Просит направить его для мирных работ по восстановлению городов, так как после "прошедших звездно-планетных войн все разрушено". Речь изобилует выраженными несообразностями, комментариями, не связанными со сказанным. Часто говорит о невыносимости "шлюзированных перегрузок". Считает, что его возьмут к себе звездяне и планетяне. Считает, что эти переживания не болезненные, говорит: "Просто страшно было — прошел по многим фотогенным уровням разложения и восстановления, имел размягчение всех костных структур", — и т.п. Сообщает о себе последовательные анамнестические сведения включая 1961-62 гг. Далее вплетает в рассказы о своей жизни не имевшие места события. Непоследовательно, с бесконечным числом соскальзываний, с скупой мимикой, с отсутствием конечной цели высказывания, стереотипно используя разнообразные термины, понятные только ему, рассказывает о своих "космических переживаниях". Выясняется то, что примерно с 1967 года гипнотические воздействия приобрели постоянный характер, что в конце 1970 года испытуемый, после того, как увидел "на очень быстрых космических скоростях дальмориан", он понял, что на космических дорогах прошли войны. В период этих войн он просил "Великих научных Богов" придти к умиротворению. О своем назначении в этих событиях говорит, что должен был бы стать "Лари-Миротворцем", но сейчас он "слабый человек разрушенной планеты Земля". При встречах с родственниками испытуемый не дает соответствующей эмоциональной реакции, излагает

им свои болезненные мысли. В отделении ни с кем не общается, ничем не занят, подолгу находится в пределах постели".

"Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает выраженные нарушения мыслительной деятельности и речи".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что П. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. На это указывают данные о характере поведения испытуемого в местах лишения свободы, наличие у него бредовых идей величия и идей физического гипнотического воздействия, расстройств мышления в форме паралогичности, разорванности, эхолалий, фантастических конфабуляций, *эмоциональной извращенности* (курсив автора). По состоянию своего психического здоровья, при наличии указанного хронического психического заболевания П. в настоящее время попадает под действие статьи 362 УПК РСФСР, не может отбывать наказание в местах лишения свободы и нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа".

Анализ болезни П., проведенный автором.

Начало болезни определить трудно. Скорее всего, она возникла в пубертатном периоде. В пользу такого предположения говорит появление в этот период стойкого ухудшения работоспособности и пролонгированного субдепрессивного состояния. Отмеченные в последующем "неустойчивое настроение" и суицидальные высказывания подтверждают сделанное предположение. Косвенным признаком наличия субдепрессии может служить злоупотребление П. алкоголем, возникшее также в пубертатном периоде. Примерно с 20-летнего возраста у П. отмечены характерологические особенности, о которых в предшествующие годы ничего не говорилось. Об их существовании можно судить по взаимоотношениям П. с пострадавшей, определяемым как "неровные и своеобразные": подчеркнутая вежливость (обращение к Т. на "Вы") сочеталась у П. с грубостью ("хлесткие, нецензурные", оскорбляющие достоинство Т. выражения), бесцеремонностью (звонил Т. по телефону "в любое время дня и ночи", без стеснения брал у нее деньги), садистическими высказываниями и поступками (предлагал Т. знакомиться с другими мужчинами, говорил о своем равнодушии к женщинам, избивал Т.). Межличностные отношения П. с потерпевшей свидетельствуют о наличии у него к этому времени отчетливого эмоционального изъяна.

В последующем, незадолго до совершения ООД, психическое состояние П. усложнилось бредовыми идеями. Это были несистематизированные идеи ревности (считал, что Т. желает выйти за него замуж только для того, чтобы вступить в интимные отношения с его отцом). Далее возникают эпизоды галлюцинаторно-бредовых расстройств. Галлюцинации определялись идеаторным автоматизмом в форме чувства овладения (подвластность каким-то силам), бред — диффузной параноидностью, сопровождавшейся тревогой, а временами — страхом (спрашивал товарища, не убьет ли тот его; запрещал близким подходить к телефону).

Противоправное деяние было совершено П. в тот период, когда предшествующее вялое развитие болезни сменилось инициальными симптомами психоза.

"Сквозным" позитивным психопатологическим расстройством у П. все последующие годы являлся психический автоматизм — вначале идеаторный, а позже сенсорный. В период первой СПЭ в Институте у П. существовал симптом открытости и чувство овладения, сочетавшиеся с бредом психического воздействия (говорил, что в результате гипноза "исчезают мысли, голова делается полная и пустая"). Одновременно с позитивными у П. во время первой СПЭ в Институте существовали и негативные симптомы: резонерство, а также различные нарушения мышления, выявленные при экспериментально-психологическом исследовании. Психологом же отмечена также парамимия — симптом, который в последующем постоянно отмечался у подэкспертного. Особенность резонерства П. состояла в том, что высказывания обыденного содержания сочетались с высказываниями "космического" характера (рассуждения П. о судьбе "шарика"). Подобные особенности мышления E.Kretschmer (1924) считал характерными для шизоидов и больных шизофренией.

В период второй СПЭ в Институте у П. существовали и сенсорные автоматизмы, сопровождавшиеся бредом физического воздействия (гипнозом создают неприятные ощущения в желудке и сердце). Более подробного описания психических автоматизмов у П. в медицинской документации нет. Эти расстройства колебались по своей интенсивности: они то резко усиливались (письма П. к матери и заявления в адрес начальника ИТК), то ослабевали — П. начинал работать, его поведение становилось упорядоченным. Однако контекст медицинской документации позволяет думать, что психические автоматизмы в той или иной степени существовали у П. все годы — вплоть до третьей СПЭ в Институте.

Примерно через четыре года после совершенного ООД (1968 год) в бредовых высказываниях П. появились идеи величия и мессианства, а спустя некоторое время в содержании психиче-

ского автоматизма возникли элементы фантастики ("цепная термоядерная реакция уничтожила мир" и т.д.). Таким образом, к этому времени параноидное состояние усложнилось симптомами галлюцинаторно-конфабуляторной парафрении.

Дальнейшее видоизменение клинической картины, выявленное при третьей СПЭ в Институте, определялось развитием галлюцинаторно-конфабуляторной парафрении, сопровождаемой прежними психическими автоматизмами, а также присоединившимися выраженными речевыми расстройствами. Парафренный синдром определялся несистематизированными ретроспективными фантастическими конфабуляторными бредовыми идеями, в основном космического содержания. Кроме того отмечалась колеблющаяся в своей выраженности мегаломаническая деперсонализация своего "я" (он — Генрих Гитлер, должен был бы стать Лари-Миротворцем). Речевые расстройства определялись шизофазией и сопровождались неологизмами, особенно многочисленными в бредовых высказываниях П.

Диагноз: "непрерывная бредовая шизофрения, галлюцинаторный вариант, парафренное видоизменение клинической картины". Выраженные речевые нарушения позволяют говорить о большой давности процессуального заболевания и о развитии конечного или близкого к нему состояния.

Сенсорные расстройства доминировали в картине психоза. В подобных случаях у больных с различными нозологическими формами, в том числе и при шизофрении, длительное время сохраняется сознание болезни, в части случаев — отчетливое. Многолетняя сохранность сознания психической болезни у П., а также свойственное ему патетически-выспренняя речь частично явились причиной того, что на протяжении семи с половиной лет его болезнь расценивалась экспертами-психиатрами как симуляция, сопровождаемая истерическим поведением.

ГЛАВА III

Ошибочная диагностика органических заболеваний центральной нервной системы у лиц, болевших шизофренией

(третья группа)

Среди 78 подэкспертных мужчин было 74, женщин — 4 человека.

Генеалогический фон. Наследственное отягощение шизофренией, неуточненными психическими болезнями, эпилепсией, алкоголизмом, олигофренией, лицами с аномалиями характера и самоубийствами было выявлено в семьях 41 подэкспертного, то есть более чем в половине всех наблюдений (табл. 1). Как видно из таблицы, соотношение числа родственников с психическими болезнями (42 человека) с числом родственников с пограничными психическими расстройствами (38 человек) составило примерно 1:1. У 9 подэкспертных наследственное отягощение было впервые выявлено или дополнено при заключительной СПЭ, установившей окончательный диагноз. Качественные особенности психических нарушений больных родственников в кратком виде описаны лишь у немногих лиц с аномалиями характера. Отмечены следующие характерологические черты: злобность, жестокость, деспотизм, угрюмость, замкнутость, "странность".

Преморбидная личность. Во время первой СПЭ преморбидные черты были кратко отмечены у 52 человек — 2/3 всех подэкспертных. У 25 человек в характере преобладали вспыльчивость, раздражительность, у некоторых из них сопровождаемые вспышками злобы и (или) агрессивностью, двигательная расторможенность; в 10 случаях у них одновременно существовали симптомы легкой дебильности, а еще у нескольких — шизоидные радикалы. Таким образом, это были лица круга возбудимых, в том числе с характерологическими чертами, свойственными эретичным дебилам, или с возбудимо-шизоидными аномалиями характера. У 24 человек преобладали замкнутость, ранимость, стеснительность и робость, двигательная неловкость, у некоторых — склонность к фантазированию; у 6 из них одновременно

отмечалась легкая дебильность. Таким образом, это были лица шизоидно-сензитивного круга или лица, у которых шизоидный радикал сочетался с признаками, свойственными торпидным дебилам. У трех человек в характере преобладали: общительность, доброжелательность, живость, уравновешенность, покладистость — то есть циклоидные радикалы.

Особенности пубертатного и юношеского периодов описывались у подэкспертных кратко или же не упоминались вовсе.

До поступления в Институт на первую экспертизу у всех подэкспертных отмечались различные "органические вредности" (табл. 3). Как видно из таблицы, 3/4 всех подэкспертных перенесли черепно-мозговые травмы, в 14 случаях — повторные. Степень травматического поражения головного мозга сотрудниками Института не устанавливалась. На основании следующих косвенных признаков: а) отсутствие лечения или его осуществление в тех или иных условиях, продолжительность лечения; б) наличие в посттравматическом периоде церебрально-органических жалоб, их интенсивность и длительность; в) в некоторых случаях — последующее нарушение трудоспособности, — автор предположительно установил степень тяжести черепно-мозговых травм у 59 человек. Среди них 46 человек перенесли легкую, 12 человек — среднетяжелую, и один человек — тяжелую черепно-мозговую травму. Более чем 3/4 подэкспертных (62 человека) перенесли "органическую вредность" в первые 20 лет жизни. В подавляющем числе наблюдений последствия "органической вредности" носили регредиентный, и в единичных случаях (после перенесенных черепно-мозговых травм) — стационарный характер. Ко времени поступления в Институт на первую экспертизу церебрально-органические жалобы (головные боли, головокружения, шум в голове и т.д.) были выявлены у 19 подэкспертных (1/4 всех наблюдений). Чаще всего (14 наблюдений) отмечались лишь головные боли. В этот период консультант-невропатолог диагностировал у подэкспертных: "умеренно выраженные изменения ЦНС"; "нерезко выраженные остаточные симптомы закрытой черепно-мозговой травмы"; "легко выраженные органические изменения ЦНС в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы"; "остаточные явления перенесенного раннего поражения мозга" и т.д. У всех подэкспертных с перечисленными заключениями в неврологическом статусе отмечалась рассеянная органическая симптоматика, иногда с добавлением определений "единичная" или "микро-". У 14 подэкспертных консультант-невропатолог диагностировал следующие состояния: "травматическая энцефалопатия" (10 человек); "травматический церебральный арахноидит" (2 человека); "гидроцефалия с ликворо-динамическими нарушениями на уровне IV желудочка" (1 человек); "правосторонний гемипарез травматиче-

ского генеза" (1 человек). Почти у всех подэкспертных с диагнозом "травматическая энцефалопатия" выявленная неврологическая симптоматика в целом ничем не отличалась от той, при которой неврологический диагноз ограничивался таким, например, определением, как "легко выраженные органические изменения ЦНС в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы". Психическое состояние этих подэкспертных также не давало оснований для установления диагноза "травматическая энцефалопатия". Год спустя, при повторных СПЭ, у 6 подэкспертных с первоначальным неврологическим диагнозом "травматическая энцефалопатия" этот диагноз уже отсутствовал, а у одного из них не было даже обнаружено каких-либо симптомов органического поражения головного мозга. Регредиентное развитие выявленных при первой СПЭ органических симптомов в последующем обнаружилось еще у значительного числа подэкспертных — у них впоследствии диагностировалась по преимуществу лишь "вегетативная дисфункция". Только у трех подэкспертных после среднетяжелой (2 человека) и тяжелой (1 человек) черепномозговой травмы к периоду первой СПЭ существовали отчетливые неврологические и психоорганические расстройства, в частности, ухудшение памяти.

До направления на первую СПЭ в Институт 50 человек (2/3 подэкспертных) употребляли алкоголь, а пять человек — наркотики (табл. 2). Как видно из таблицы, хронический алкоголизм был выявлен у 7, а наркомания — у 1 подэкспертного. Данные об употреблении алкоголя и наркотиков в динамике отсутствовали. У части подэкспертных (примерно у 1/3 пьющих) состояние алкогольного опьянения сопровождалось появлением выраженной раздражительности, вплоть до злобности, двигательным возбуждением с агрессией, а у нескольких человек — возбуждением с отчетливой дурашливостью. Состояния алкогольного опьянения с развитием сонливости, сменявшейся сном, отмечены лишь у одного подэкспертного. Таким образом, состояния атипичного алкогольного опьянения почти всегда проявлялись теми же формами, что и у подэкспертных первых двух групп. Только у одного подэкспертного приемы алкоголя сопровождались отчетливым усилением церебрально-органических жалоб (головные боли, головокружение, отчетливое ухудшение координации движений, подташнивание), и еще у нескольких человек во время опьянения отмечалось появление головных болей. Из 55 человек 31 начал употреблять алкоголь и наркотики с пубертатного периода и юности. Так же, как и у подэкспертных первых двух групп, развитие хронического алкоголизма и наркомании встречалось относительно редко — лишь у 1/7 части всех лиц, употреблявших токсикоманические средства. Обращает на себя внимание срав-

нительно редкое употребление подэксперными данной группы наркотиков. Обычно лица, прежде всего подростки и юноши, страдающие органическими заболеваниями ЦНС (последствия ЧМТ и др.)? плохо переносят алкоголь, особенно дестилляты, и предпочитают употреблять наркотические средства. Выраженное преобладание в данной группе лиц, употребляющих алкоголь, является косвенным признаком легкости органических изменений у большинства исследованных подэкспертных.

У значительного числа подэкспертных третьей группы до того времени, как им была проведена в Институте первая СПЭ, существовали различные психические расстройства. О них прямо или косвенно свидетельствовали: предшествующее лечение у психиатров; криминальное поведение и особенности поведения в местах лишения свободы; отношение к воинской обязанности; нарушения социальной адаптации.

Лечились у психиатров — как правило, в условиях стационара — 45 человек, то есть более половины всех подэкспертных (табл. 4). Среди диагностированных психозов доминировала шизофрения — 17 случаев из 27, где был диагностирован психоз. Диагностированные непсихотические (пограничные) состояния в форме психопатии или патологического развития личности, как правило, расценивались как последствия органического заболевания ЦНС. В тех случаях, когда органическое поражение ЦНС (обычно в форме остаточных его проявлений) было первой частью диагноза, вторым его компонентом являлись психопатические расстройства, и значительно реже — симптомы олигофрении.

Криминальное поведение было выявлено у 2/3 подэкспертных (51 человек). Из этого числа 32 человека совершили ООД в первые 20 лет жизни; 2/3 из них в последующем совершили повторные ООД. Среди совершивших первое ООД в возрасте после 20 лет повторные противоправные деяния до периода первой СПЭ в Институте совершила 1/3 подэкспертных. В местах лишения свободы у многих подэкспертных, преимущественно молодых, отмечалось психопатическое поведение, аналогичное тому, которое существовало у подэкспертных первой, и особенно — второй группы. К ним часто применялись различные формы административного воздействия.

ВВК были признаны негодными к несению воинской службы по статьям 1, 2, 4, 7-б и 9-а одиннадцать человек. 46 человек к периоду прохождения службы в армии находились в местах лишения свободы, в психиатрических больницах или же не были призваны в армию в связи с совершенными ранее ООД. ВВК были признаны годными к несению воинской службы и в последующем призваны в армию 17 человек — примерно 1/5 часть всех подэкспертных. Два человека совершили в период службы

ООД; один демобилизован досрочно по психическому состоянию. Среди 14 человек, демобилизованных на общих основаниях, у 11 период военной службы проходил без серьезных дисциплинарных взысканий. Все эти 11 человек заболели психически после 25 лет.

У 59 человек (3/4 всех подэкспертных) ко времени направления на первую СПЭ в Институт автором были выявлены особенности социальной адаптации (табл. 5). Как видно из таблицы, лишь у 7 человек, находившихся в возрасте после 20 лет, социальная адаптация оставалась сохранной. Выраженная и глубокая степени ее нарушения преобладали в тех случаях, когда болезнь возникала в первые 20 лет жизни.

Подэкспертные, направленные в Институт на первую СПЭ, совершили следующие формы ООД — см. табл. 6. Как видно из таблицы, более 1/4 всех подэкспертных (23 человека) совершили тяжкие противоправные деяния.

Распределение подэкспертных по возрасту к периоду первой СПЭ в Институте — см. табл. 7. Как видно из таблицы, 44 человека (более половины всех подэксперных) находились в возрасте от 15 до 25 лет.

Первоначальные диагностические заключения СПЭК Института отличались в данной группе подэкспертных большим разнообразием. Поэтому в ходе исследования потребовалось разделить ее на несколько подгрупп. В основу разделения были положены диагностические заключения СПЭК и синдромальные особенности клинической картины, выявленные автором на основании данных, приводимых сотрудниками Института в психических статусах подэкспертных. Результаты отражены в таблице 9. Как видно из таблицы, более чем у половины подэкспертных (48 человек) были диагностированы "остаточные явления органического заболевания ЦНС (головного мозга)", преимущественно травматического, и реже — сложного генеза (этиологии), в первую очередь за счет сопутствующего алкоголизма (первая подгруппа). Клинические симптомы в данной подгруппе определялись неустойчивостью эмоциональных проявлений, возбудимостью, взрывчатостью, "конфликтностью", в ряде случаев — наличием волевых расстройств "по психопатическому типу", то есть у подэкспертных данной подгруппы существовали психопатоподобные симптомы с преобладанием возбудимости. Помимо пречисленных нарушений, у 46 человек из первой подгруппы автором были обнаружены продуктивные, и в отдельных случаях — негативные расстройства неорганической структуры. Чаще всего (30 человек) встречались галлюцинаторно-бредовые расстройства; второе место занимали негативные расстройства. В заключениях СПЭК позитивные психопатологические нарушения были рас-

ценены как реактивные состояния (18 человек), состояние декомпенсации (2 человека) и симулятивно-установочное поведение (10 человек). У 16 подэкспертных позитивные и негативные симтомы в заключениях СПЭК отражения не нашли.

У 13 подэкспертных (вторая подгруппа) были диаг-ностированы "остаточные явления органического поражения ЦНС с задержкой умственного развития в степени легкой дебильности и (или) психическим, в том числе и с выраженным психофизическим, инфантилизмом". У этих лиц отмечались: конкретность и слабость понятийного мышления, употребление в разговоре словесных штампов, незрелость суждений, малый запас знаний и представлений, сужение круга интересов, повышенная внушаемость и, как правило, достаточно хорошая ориентация в вопросах обыденной жизни.

Помимо перечисленных симптомов, у 8 из 13 подэкспертных второй подгруппы были выявлены: галлюцинаторно-бредовые расстройства (3 человека); выраженные гипоманиакальные состояния с дурашливостью (3 человека); отчетливые негативные расстройства в форме эмоционально-волевых нарушений (психопатоподобный синдром) и "выраженных изменений психики" (2 человека).

У трех подэкспертных (третья подгруппа) отмечалось выраженное гипоманиакальное состояние с дурашливостью, доходящей до отчетливого гебефренного поведения, сменившееся у одного подэкспертного тяжелой дисфорией с импульсивными агрессивными поступками.

В четвертой подгруппе (психозы органического генеза) были выявлены паранойяльные, галлюцинаторно-бредовые, галлюцинаторные и депрессивно-параноидные психозы.

В пятой-седьмой подгруппах, представленных одним подэкспертным каждая, у одного человека было выявлено онейроидное помрачение сознания, а у другого существовали идеаторные психические автоматизмы.

Таким образом, в третьей группе СПЭК Института отметили у 14 подэкспертных позитивные (12 человек) и негативные (2 человека) симптомы. Еще у 30 подэкспертных выявленные в Институте позитивные расстройства были расценены комиссиями как временные (реактивные состояния и декомпенсации) или установочно-симулятивные. На основании медицинской документации автор установил, что еще у 28 подэкспертных данной группы в период первой СПЭ в Институте существовали позитивные (18 человек) и негативные (10 человек) симптомы, которые не нашли отражения в заключениях экспертных комиссий. Позитивные расстройства, отмеченные и квалифицированные СПЭК Института у 42 подэкспертных, а также выявленные авто-

ром еще у 18 человек, во всех случаях являлись эндоформными[1]. Доминирование эндоформных расстройств отмечено и в анамнезах подэкспертных данной группы до того времени, как они поступили в Институт на первую СПЭ.

В одном заключении СПЭК приводилось обоснование ошибочной, по мнению комиссии, диагностики шизофрении у подэкспертного в прошлом: “Психопатоподобное поведение К. в настоящее время, при отсутствии дефектных шизофренических симптомов, а также клинические особенности наблюдающихся у него в прошлом психотических эпизодов и динамика психопатологической симптоматики в целом вызывает сомнения в правомерности постановки ему диагноза шизофрении”.

После первой СПЭ заключениями комиссий были признаны вменяемыми 56 подэкспертных. Из них 40 человек были направлены в распоряжение судебно-следственных учреждений; 38 из 40 последних были приговорены к различным срокам лишения свободы и направлены в ИТК; один подэкспертный был возвращен в Институт на повторную экспертизу в связи с возникновением у суда сомнений в его психической полноценности (при повторной СПЭ у него было диагностировано реактивное состояние, требующее принудительного лечения), и у одного подэкспертного во время суда не было доказано совершение им ООД. 15 человек, признанных вменяемыми в связи с диагностированием у них “затяжных реактивных состояний”, были направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы с указанием, что после выздоровления они могут предстать перед следствием и судом. У 7 человек вопрос о вменяемости решен не был. 14 человек были признаны невменяемыми, а двое — подходящими под действие статьи 362. Все эти лица (21 человек) были направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы. Таким образом, в данной группе после первой СПЭ в Институте в ИТК было направлено 38 человек, а на принудительное лечение в психиатрические больницы — 39 человек[2].

Изменение первоначального диагноза на диагноз “шизофрения” производилось СПЭК Института в 3 группе спустя месяцы — 23, 25 и 36 лет (3 человека). По срокам установления за-

---

[1] Термин “эдоформный” использован автором по той причине, что у данной группы подэкспертных сотрудники Института первоначально диагностировали органические заболевания головного мозга (ЦНС). Автор не опровергает эти диагнозы, и поэтому определяет выявленные позитивные расстройства так, как это делается в подобных случаях в общей психиатрии.

[2] Один подэкспертный после проведенного принудительного лечения был направлен комиссией СПЭ больницы в распоряжение судебно-следственных учреждений и осужден на 3 года условно, так что всего после первой СПЭ в Институте было осуждено 39 человек.

ключительного диагноза все подэкспертные были разделены на четыре подгруппы (табл. 10). Как видно из таблицы, примерно у 1/4 подэкспертных диагноз "шизофрения" был установлен в первые два года, и более чем у 1/3 — в течение пяти лет после первой СПЭ в Институте.

Порядковый номер СПЭ, при которой был установлен диагноз "шизофрения" — см. табл. 11. Как видно из таблицы, у 4/5 всех подэкспертных (64 человека) диагноз шизофрения был установлен при второй СПЭ.

В период между первой и заключительной СПЭ 25 человек совершили повторные ООД, в связи с чем привлекались к уголовной ответственности; 16 повторных ООД, в ряде случаев неоднократных, совершили лица, признанные при первой СПЭ вменяемыми; 6 человек, признанные при первой СПЭ невменяемыми, совершили повторные ООД после того, как им было проведено принудительное лечение в психиатрических больницах.

В связи с ухудшением психического состояния в период между первой и заключительной СПЭ 35 человек (из них 10 — от двух до четырех раз) лечились у психиатров, в подавляющем числе случаев — в условиях общих психиатрических больниц. У 29 из них в период лечения был установлен диагноз шизофрении. Среди лечившихся в психиатрических учреждениях в период между первой и заключительной СПЭ 28 человек при первой экспертизе в Институте были признаны вменяемыми, 5 — невменяемыми, а у двух вопрос о вменяемости решен не был.

Если до проведения первой СПЭ в Институте среди психозов, возникавших у подэкспертных, большинство было диагностировано как шизофрения (табл. 4), то в период между первой и заключительной СПЭ среди диагностируемых психозов диагноз шизофрении не только доминировал, но и встречался вдвое чаще, чем до этого.

В период заключительной СПЭ в Институте, во время которой у подэкспертных данной группы был установлен диагноз "шизофрения", у 48 человек (3/5 всех наблюдений) сотрудниками Института были собраны дополнительные анамнестические сведения. Еще у 16 подэкспертных первоначальные данные, касающиеся их анамнеза и психического состояния, были подвергнуты сотрудниками Института ретроспективной переоценке, при которой были учтены прежде игнорируемые психопатологические симптомы. В подавляющем числе наблюдений дополнительные анамнестические сведения, как и в первых двух группах, были получены у самих подэкспертных и (или) их ближайших родственников в период заключительной, обычно второй, СПЭ. Ретроспективная переоценка ранее установленных клинических

фактов, как правило, также проводилась при второй (заключительной) СПЭ.

Диагноз "шизофрения" обосновывался у 31 подэкспертного (более 2/5 всех наблюдений) лишь данными, характеризующими их психический статус. В одних случаях обоснование диагноза ограничивалось кратким перечислением негативных расстройств (см. главу "Причины диагностических ошибок"), в других — перечислялись и определявшие психический статус позитивные симптомы, как правило, без их синдромальной оценки. У 47 подэкспертных при обосновании заключительного диагноза наряду с данными, относящимися к психическому статусу, использовались и анамнестические сведения. Последние могли ограничиваться лишь такими нераскрытыми формулировками: "неоднократные стационирования в психиатрические больницы с диагнозом "шизофрения"; "о диагнозе "шизофрения" свидетельствуют перенесенные в прошлом психотические состояния" и т.п. В других случаях в заключениях перечислялись существовавшие у подэкспертных в прошлом психопатологические симптомы — бред, галлюцинации, психические автоматизмы и т.д. Перечень продуктивных симптомов обычно предшествовал данным, относящимся к личностным изменениям. Синдромальная оценка существовавших у подэкспертных в прошлом и выявленных при заключительной СПЭ продуктивных расстройств встречалась редко. Изредка упоминался психический автоматизм, в единичных случаях — другие синдромы.

Заключительные диагнозы, в том виде, в каком они были сформулированы СПЭК Института — см. табл. 12. Как видно из таблицы, при диагностике шизофрении прежде всего (35 наблюдений) обращалось внимание на наличие патологически измененной почвы — как правило, в связи с перенесенными в прошлом органическими вредностями, в первую очередь в форме ЧМТ, и изредка — в связи с сопутствующим хроническим алкоголизмом. Форма течения шизофрении была определена у одного подэкспертного, и еще у одного была дана синдромальная квалификация продуктивных расстройств.

В 5 заключениях СПЭК Института при установлении диагноза шизофрении приводились объяснения причин ошибочной диагностики, допущенной при первой СПЭ. Малое число наблюдений позволяет лишь наметить выявленные сотрудниками Института причины допущенных ими ошибок: а) недостаточность анамнестических сведений (у всех пяти подэкспертных болезнь началась в первые 20 лет жизни); б) неправильная оценка психического статуса; в) переоценка экзогенных вредностей.

Первоначальный анамнез, дополнительные анамнестические сведения, полученные при заключительной СПЭ, катамнез,

имевшийся у 58 человек, клинические факты, выявленные в описаниях психических статусов при всех СПЭ, но особенно — при заключительной, позволили автору с определенной степенью вероятности определить: а) синдромальные особенности и формы течения шизофрении, диагностированной в Институте у подэкспертных "органической" группы; б) возраст подэкспертных к началу возникновения у них болезни; в) особенности начальных психопатологических расстройств; г) ответить на вопрос, в какой период жизни — до или после начала болезни — подэкспертными были совершены ООД, повлекшие за собой их первое направление в Институт на СПЭ.

По заключению автора, обследованные подэкспертные принадлежали либо к непрерывной, либо к приступообразно-прогредиентной шизофрении (табл. 13).

При непрерывной вялотекущей шизофрении психопатоподобные расстройства занимали первое место; среди подэкспертных с прогредиентной шизофренией у 1/3 сенсорные расстройства преобладали или исчерпывали картину психоза. Злокачественную шизофрению определяли кататонические, гебефренные, галлюцинаторно-бредовые, и в нескольких случаях — выраженные речевые расстройства в форме шизофазии или речевой бессвязности.

Среди подэкспертных с приступообразно-прогредиентной шизофренией в приступах чаще всего встречались галлюцинаторные расстройства, в частности, идеаторные психические автоматизмы.

В обеих группах шизофрении обращали на себя внимание следующие факты: 1) частое преобладание сенсорных расстройств над бредовыми; 2) редкость случаев вялопротекающей шизофрении, то есть отчетливый сдвиг в сторону манифестных процессуальных расстройств; 3) возможность диагностировать примерно у 1/5 всех подэкспертных пфропфшизофрению. Число подэкспертных с последним диагнозом могло быть меньшим, чем это отмечено. Недостаточность анамнестических сведений не позволяла определить точное число всех лиц с истинной дебильностью. Возможно, в какой-то части случаев дебильность могла быть "нажитой": так, у двух подэкспертных в возрасте 3 и 4 лет отмечались психические расстройства. В первом случае это был продолжительный мутизм, во втором врачами была диагностирована шизофрения. В обоих случаях в последующем отмечались симптомы дебильности, которые можно было квалифицировать не как врожденное, а как "нажитое" состояние — так называемый олигофреноподобный дефект. Чаще всего диагноз пфропфшизофрении мог быть установлен при злокачественной шизофрении — в пяти из семи случаев этой формы непрерывной шизофрении.

В 31 заключении СПЭК было отмечено, что болезнь у подэкспертных началась в детском-юношеском возрасте. О таком же возрасте начала болезни еще у 17 человек свидетельствовали факты, отмеченные сотрудниками Института в дополнительных анамнестических сведениях и при описании психического состояния подэкспертных в период СПЭ, установившей диагноз шизофрении. В заключениях СПЭК факт раннего начала болезни у этих 17 подэкспертных отмечен не был. Таким образом, у 48 подэкспертных (в 3/5 всех наблюдений) болезнь началась в первые 20 лет жизни. Чаще всего раннее начало болезни приходилось на детский и пубертатный периоды с акцентом на последнем. У 26 подэкспертных болезнь возникла в возрасте от 21 года до 30 лет, а у четырех — после 30 лет.

На начальном этапе болезни у подэкспертных, заболевших в первые 20 лет жизни, чаще всего встречались психопатоподобные расстройства — у 30 из 48 человек. Они могли или одни исчерпывать картину болезни, или же сочетаться с аффективными расстройствами, диффузной параноидностью, изредка — с дизморфофобией или с периодически возникающими слуховыми галлюцинациями. У заболевших после 20 лет в дебюте преобладали различные бредовые нарушения с идеями преследования, супружеской неверности, отравления, колдовства, ипохондрического содержания; изредка встречались галлюцинаторно-бредовые или галлюцинаторные расстройства. У 9 человек бредовым расстройствам сопутствовали выраженные психопатоподобные симптомы. Таким образом, у рано заболевших отмечался явный сдвиг в сторону психопатоподобных нарушений, а у заболевших после 20 лет — в сторону бреда. Наиболее частыми компонентами психопатоподобных растройств, особенно у тех, кто заболел в первые 20 лет жизни, являлись гебоидные симптомы и циркулярность. Если учитывать не только анамнестические сведения, но и психическое состояние подэкспертных в периоды СПЭ, то субдепрессивные и гипоманиакальные состояния встречались приблизительно с одинаковой частотой.

Ответ на вопрос, в какой период жизни — до или после начала болезни — подэкспертные совершали ООД, повлекшие за собой их первое направление в Институт, в заключениях СПЭК, установивших окончательный диагноз шизофрении, встречался в единичных случаях. Проведенный автором анализ имеющихся клинических фактов позволил сделать вывод о том, что 74 подэкспертных заболели хронической психической болезнью до того, как ими были совершены ООД, послужившие поводом для их направления в Институт на первую СПЭ. В трех случаях автором не были выявлены факты, явно указывающие на то, что болезнь началась до совершения подэкспертными ООД, однако в

Институт двое из них поступили уже будучи больными шизофренией. У одного из них заключительной СПЭК ретроспективно была диагностирована психически провоцированная шизофрения. В третьем случае приступ шизофрении возник спустя два года после первой СПЭ в Институте, во время отбывания подэкспертным наказания в условиях ИТК. Анамнестические сведения у этого подэкспертного и при первой, и при заключительной СПЭ отличались неполнотой.

"Органическая вредность", послужившая основой первоначальной нозологической диагностики у подэкспертных данной группы, отличалась или регредиентным течением, или же представляла собой стационарное состояние — в частности, в тех случаях, где у подэкспертных была диагностирована дебильность. До проведения первой СПЭ у подэкспертных возникали, как правило, эндоформные психозы, и ни в одном случае не наблюдался экзогенный тип реакции. К периоду второй СПЭ во всех случаях выявлялись только эндогенные расстройства. Влияние "органического фактора" проявлялось скорее всего в патопластике психозов, при которых часто были отчетливыми или просто доминировали в картине болезни сенсорные расстройства.

Наблюдение N 12. "К., 1927 г.р. Обвиняется в попытке совершения кражи. В Институте находится с 30 октября 1956 года.

Со слов испытуемого и его матери известно, что мать лечилась в психиатрической больнице. Отец злоупотреблял алкоголем. Испытуемый до 7 лет развивался правильно. В 7 лет перенес какое-то мозговое заболевание, лечился в больнице Боткина. После выписки из больницы изменился по характеру, стал нервным, возбудимым, капризным ребенком. С 8 лет начал посещать школу, учился посредственно, был неусидчивым, недисциплинированным подростком. В течение некоторого времени находился в школе-санатории для невротиков. Состоял на учете в ПНД у детского психиатра с диагнозом "психопатия". В 1936 году помещался в больницу им. Кащенко, где находился два месяца. Был выписан с диагнозом: "остаточные явления менингоэнцефалита у биологически неполноценной личности". После выписки из больницы находился в детском доме, продолжал учиться, окончил 6 классов. По характеру был неусидчивым, легко возбуждался, был раздражительным. Продолжал быть под наблюдением детского психиатра с диагнозом: "психопатия". В 1939 году повторно помещался в больницу им. Кащенко. В имеющейся выписке из истории болезни указано, что больной был чрезмерно подвижен, суетлив, дурашлив, внушаем. В процессе лечения стал спокойнее, дисциплинированнее. Выписан с диагнозом: "Гебефрения?? Психопатическая личность". В период ВОВ жил с семьей, окончил курсы поваров, работал помощни-

ком повара в различных учреждениях. Часто менял места работы, конфликтовал с окружающими. По характеру был повышенно возбудим, склонен к частым немотивированным сменам настроения. В 1945 году был привлечен к ответственности по статьям 160 и 182 УК РСФСР, проходил СПЭ в Институте имени профессора В.П.Сербского, был признан невменяемым с диагнозом: "органическое поражение центральной нервной системы с выраженными нарушениями со стороны психики" (акт N 366 от 8 апреля 1946 года). Направлен был в загородную психиатрическую больницу N 5. Из больницы через 10 дней убежал. Жил дома, периодически работал поваром, но, как правило, работа и люди быстро надоедали и он оставлял работу. С 1945 года после конфликта с соседкой был помещен в больницу имени Ганнушкина, где находился 7 дней. Диагноз больницы: "шизофрения?? (гебефрения?), остаточные явления перенесенного менинго-энцефалита". Как видно из выписки, в больнице был разболтан, раздражителен, не подчинялся режиму отделения. На 7-й день пребывания убежал из отделения во время прогулки. В 1947-48 гг. испытуемый трижды привлекался к уголовной ответственности по обвинению в кражах. Каждый раз проходил АСПЭК Мосгорздравотдела, признавался невменяемым с диагнозом: "шизофрения (гебефрения)" и направлялся на принудительное лечение в психиатрическую больницу N 5. Из больницы дважды бежал, открыв дверь поддельным ключом. Один раз был выписан матерью. Диагноз больницы: "шизофрения??". За время пребывания в больнице наблюдались наигранность и нарочитость в поведении, больной был деланно весел, подчеркнуто суетлив и наивен. С другой — был возбудим, как только задевались его интересы, становился грубым, грозил персоналу, конфликтовал с антисоциальными больными. В 1952 году повторно находился в больнице имени Ганнушкина с диагнозом: "гипердинамическая форма энцефалита с резкой психопатизацией личности и расстройством влечений". С 1946 года состоит на учете в ПНД. В справке районного психиатра указано, что испытуемый обращался в диспансер за справками для направления во ВТЭК. С 1952 года в диспансер не обращался. В 1954 году был вновь привлечен к уголовной ответственности за соучастие в ограблении квартиры. По данному делу был освидетельствован АСПЭК, признан был невменяемым, страдающим органическим поражением центральной нервной системы со значительными изменениями со стороны психики. Направлен был в 6-й раз на принудительное лечение в загородную психиатрическую больницу N 5, где находился с 26 сентября 1954 года до 6 августа 1955 года. По ходатайству главного врача больницы

N 5, перед Мосгорсудом был поставлен вопрос о пересмотре решения народного суда города Москвы".

Дополнение к акту больницы N 5 от 4 мая 1955 года (сделано автором).

"К. не страдает и в момент совершения правонарушения не страдал душевным заболеванием, а искусно симулирует душевное заболевание с целью избавиться от уголовного наказания, а поэтому не может находиться в условиях психиатрической больницы, а должен быть привлечен к судебной ответственности за совершенные им правонарушения и передан в судебно-следственные органы (4 подписи)".

"Постановлением Президиума Московского городского суда определение народного суда было отменено, и К. был направлен вновь на испытание в Институт имени Сербского".

"В Институте имени Сербского находился на стационарной экспертизе с 17 сентября 1955 года по 27 января 1956 года".

"Комиссия вынесла заключение, что К. обнаруживает остаточные явления органического поражения центральной нервной системы (после перенесенного менинго-энцефалита) со значительными изменениями со стороны психики. Степень указанных изменений такова, что состояние испытуемого может быть приравнено к душевному заболеванию. Поэтому К., как душевнобольного, следует считать невменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — октябрь 1956 г.).

"Был направлен на принудительное лечение в загородную больницу им. Яковенко. Из последней испытуемый был выписан в июне 1956 г. В июле 1956 г. совершил настоящее правонарушение — попытку карманной кражи. По данным уголовного дела, испытуемый является квалифицированным вором, имеет кличку "Чума", связан с уголовными элементами".

"При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее. Внутренние органы в пределах нормы. Центральная нервная система — без патологии.

Психическое состояние: испытуемый во время беседы держится развязно, на вопросы отвечает с излишней поспешностью. Сведения о себе сообщает охотно, как бы невзначай замечает, что он с детства лечился у психиатров. Рассказывая о себе, отвлекается детальным описанием отдельных незначительных эпизодов своего прошлого, легко переключается с одной темы на другую. Ведет себя нарочито неправильно. Иногда с неестественным оживлением говорит, что он может менять погоду, что он всё предчувствует. Все эти высказывания нестойки, испытуемый быстро от них отвлекается, особенно, если видит, что внимание собеседника не фиксируется. При беседе обнаруживает достаточный запас знаний, хорошую ориентацию в практических жизненных вопросах. Речь его хорошо оформлена, пишет он

довольно грамотно. Суждения его несколько поверхностны и конкретны, в толковании пословиц имеются элементы нарочитости. Эмоционально неустойчив, испытуемый повышенно возбудим, раздражителен, временами он несколько многоречив, временами же груб, напряжен. При расспросе о правонарушении начинает волноваться, краснеет, кричит, отрицает свою виновность. В отделении в отсутствие врача спокоен, пишет, рисует, читает. Охотно помогает персоналу в уборке, вступает с ними в беседу. Во время обхода врачей начинает вести себя неестественно, говорит чрезмерно громким голосом, таращит глаза, ходит мелкими шажками, размашисто жестикулирует".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. душевным заболеванием не страдает, обнаруживает остаточные явления органического поражения центральной нервной системы (после перенесенного менинго-энцефалита) с некоторыми изменениями со стороны психики. Однако степень указанных изменений в настоящее время не такова, чтобы состояние испытуемого можно было приравнять к душевному заболеванию. Со времени предыдущего пребывания в Институте в его состоянии произошло значительное улучшение, и в настоящее время К. находится в состоянии компенсации. Поэтому в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного вне какого-либо болезненного расстройства душевной деятельности, К. следует считать вменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — май 1961 года).

"Испытуемый был осужден на 5 лет ИТЛ. Освободился из лагеря 29 декабря 1959 года с испытательным сроком на 3 года. Приехал в семью, работал рабочим в магазине. В июне 1960 года был привлечен к уголовной ответственности за кражу. С 13 июля по 18 июля 1960 года находился на СПЭ в Институте им. Сербского, но заключение о вменяемости дано не было, так как дело было прекращено "ввиду малозначительности содеянного". В декабре 1960 года он женился, с женой жил хорошо, работал слесарем-монтажником в СМУ, к работе относился добросовестно, норму выполнял на 105-110%, нарушений трудовой дисциплины не имел. В деле имеется положительная характеристика на испытуемого, выданная ЖЭК N 11".

"В Институт поступил 22 мая 1961 года по обвинению в краже денег в троллейбусе у студента Университета Дружбы народов.

Со слов испытуемого, его матери, из материалов уголовного дела и имеющейся медицинской документации" — сведения те же, что и в предыдущих актах.

"При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее. Неврологическое состояние: легкая сглаженность левой носогубной складки.

Психическое состояние: испытуемый полностью ориентирован в месте, времени и создавшейся ситуации. Во время беседы с врачом держится развязно, легко раздражается, начинает бранить врачей, упрекает их в том, что его в 1956 году отправили в лагерь и этим "усилили болезнь". С бравадой заявляет, что "и теперь все равно отправят в тюрьму, не посмотрят на болезнь". Во время обходов врачей держит себя неестественно: таращит глаза, отказывается отвечать на вопросы, отворачивается к стене, привязывает к голове носовой платок с обломком зуба, пластмассовым крестом, бывает груб, громко бранится. В отсутствие врачей охотно беседует с санитарами, рассказывает о своей жизни, семье, пребываниях в психиатрических больницах — при этом остроумно шутит, делает тонкие замечания в адрес некоторых врачей. Испытуемый эмоционально неустойчив, но, учитывая ситуацию, может себя сдерживать. Во время комиссии говорил раздраженным тоном, заявлял, что ему "все равно, куда направят"; вместе с тем, был внутренне напряжен, следил за производимым им впечатлением, проявлял заинтересованность своей судьбой. Психотических явлений (бреда, галлюцинаций, расстроенного сознания) у него не было. Он обнаруживал хороший запас знаний, хорошую ориентировку в практических вопросах, сохранную память и большой запас слов. Суждения его несколько поверхностны, конкретны, круг интересов ограничен. Критическое осмышление своего состояния и создавшейся ситуации имеется. При расспросах о правонарушении он волнуется, краснеет, повышает голос, отрицает свою вину, доказывает, что кражу не совершал".

Из дневников среднего медицинского персонала (дополнение автора).

"Ведет себя развязно, движения быстрые, поведение дурашливое, с улыбкой говорит: "Принесите шашки, хочу играть". Многоречив, речь быстрая, сопровождается жестами и мимикой, память хорошая, но речь неразборчивая, временами бредовая: "Когда я ... то он (то есть другой больной) на меня не смотрел, а потом он стал поправляться, а я все такой же худой, и я перестал есть; это было в другой больнице". К людям относится непросто, во всем видит что-то. К себе некритичен. Во время обхода врачей дал вспышку, очень обеспокоен, что мать ему ничего не приносит: "Она, наверное, умерла, а вы скрываете все". Был злобен, шумлив, постепенно успокоился. Получил передачу, все раздал больным. Уверяет, что передача "поддельная, принесла ее не мать, а маленькая врачиха". Говорит, что ему все понятно: она хочет его подкупить, но "кровопролития не будет; того, что она хочет, не произойдет". Вечером был в речевом возбуждении. Долго и шумно говорил, бессвязно. Кушал хорошо. 20-21 ноября: шумен, говорит с криком, хохочет без причины, движения раз-

машистые. 25 ноября: ведет себя шумно, кричит, подвижен, речь бессвязная".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. психическим заболеванием не страдает, обнаруживает остаточные явления перенесенного им в прошлом органического поражения центральной нервной системы (менингоэнцефалит) с некоторыми изменениями психики в виде "психопатоподобного" синдрома. На это указывает развившийся у испытуемого после перенесенного в детстве менинго-энцефалита синдром аффективной неустойчивости с выраженной эксплозивностью эмоциональных реакций, сочетающихся с некоторой задержкой интеллектуального развития. Однако в дальнейшем эти психические расстройства в значительной степени сгладились. Испытуемый обнаружил хорошую ориентацию в практических вопросах, социально-трудовую приспособленность и возможность приобретения новых специальностей (работал поваром, рабочим, слесарем-монтажником), способность корригировать свое поведение и эмоциональные реакции в зависимости от ситуации, критически осмыслять создавшуюся обстановку. Поэтому в настоящее время степень имеющихся у К. психических изменений незначительна и не исключает у него возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. В отношении деяния, совершенного вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, К. следует считать вменяемым.

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — октябрь 1969 года).

"Был осужден на 3 года лишения свободы. Срок наказания отбывал полностью. Из характеристики, полученной из мест лишения свободы, известно, что к работе относился добросовестно, среди товарищей по работе пользовался авторитетом. В быту и коллективе был скромен. Первая жена во время отбывания испытуемым наказания брак с ним расторгла. После освобождения вторично женился. Жил у жены в Москве, но в прописке ему отказали. Вместе с женой уехал на Север. Работал на Усть-егорском сплавном участке с 9 октября по 3 декабря 1968 года. По работе характеризовался положительно. Зимой 1969 года приехал в Москву. Эпизодически работал. Жил без прописки у жены".

"В стационар Института поступил 27 октября 1969 года. Обвиняется в попытке совершения кражи из сумки у М.

Со слов испытуемого, из материалов дела, медицинской документации известно" — дополнение к прежним анамнестическим сведениям.

"По линии матери ряд лиц страдали душевным заболеванием. В возрасте 6 лет перенес пневмонию в тяжелой форме с мозговыми явлениями, был без сознания. Мать сообщает, что тогда врачи диагностировали у него менинго-энцефалит, по поводу которого он якобы лечился в больнице Боткина. До 8 лет у него отмечался ночной энурез; со слов испытуемого, до 12 лет.

При обследовании в настоящее время установлено следующее. Заключение терапевта: "грыжа белой линии, геморрой". Слегка ослаблена конвергенция, глазные яблоки не доводятся кнаружи в обе стороны, легкая ассиметрия носогубных складок. Заключение невропатолога: "легкие остаточные явления перенесенной в детстве нейроинфекции".

Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании. Во времени, окружающей обстановке, собственной личности ориентируется полностью. Во время беседы испытуемый держится развязно, фамильярно, дергает врача за рукав. Говорит неестественно громким голосом, размашисто жестикулирует, таращит глаза. Отвлекаясь от основной темы беседы на малосущественные детали, испытуемый с псевдодементными интонациями повторяет по несколько раз одни и те же слова и фразы, часто ссылается на запамятование событий — однако, видя интерес собеседника к его рассказу, начинает с увлечением говорить о своих знакомствах с работниками милиции и следственых органов, с некоторой бравадой называет их по именам и фамилиям; при этом обнаруживает сохранность памяти, грамматически правильно строит речь. Достаточно последовательно сообщает катамнестические сведения. Когда речь заходит о его многочисленных правонарушениях, испытуемый раздражается, повышает тон, утверждает, что в большинстве дел ему "приписано" работниками милиции, которые ему "не дают жить на свободе", стремятся его "посадить" лишь за то, что он ранее был судим. Так, он утверждает, что прошлый срок наказания "отбывал ни за что". О настоящем правонарушении говорит волнуясь, не отрицает, что открыл сумочку у женщины в метро, но кражи якобы совершать не собирался, "просто пошутил". В отделении Института активно общается с соседями по палате, назойливо требует, чтобы ему дали побольше лекарств от головной боли, так как обычные дозы ему не помогают. Высказывает много соматических жалоб, которые не находят себе объективного подтверждения при обследовании. Психотических симптомов (бреда, галлюцинаций, расстройств сознания) у него не наблюдается. Уровень развития испытуемого соответствует полученному образованию и приобретенному жизненному опыту. В прагматических вопросах достаточно ориентирован. Суждения его несколько поверхностны, конкретны, круг интересов ограничивается вопросами здо-

ровья и бытовой неустроенности. Критическое осмышление своего состояния и создавшейся ситуации имеется".

Из записей среднего медицинского персонала в дневниках наблюдения — октябрь-ноябрь 1969 года (дополнение автора).

"Общителен, громко разговаривает с больными, постоянно отстаивает свою точку зрения. Очень подвижен, обучил больного Щ. ползать по-пластунски, общителен; если что-либо рассказывает — говорит громко, любит поучать".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает остаточные явления органического поражения головного мозга (после перенесенного в детстве менинго-энцефалита) с некоторыми изменениями психики в виде "психопатоподобного" синдрома. Такой диагноз подтверждается выявленными у него при настоящем психиатрическом обследовании чертами аффективной неустойчивости, эксплозивными эмоциональными реакциями в сочетании с легкой неврологической симптоматикой. Вначале указанные эмоционально-волевые нарушения проявлялись у испытуемого более резко и сочетались с известной задержкой интеллектуального развития. Однако в дальнейшем эти психические изменения в значительной степени сгладились, наступила их компенсация. На это указывает хорошая ориентировка его в практических вопросах, социально-трудовая приспособленность и возможность приобретения новых профессий, а также способность корригировать свое поведение и эмоциональные реакции в зависимости от ситуации; критически осмышляет создавшуюся ситуацию. В настоящее время степень имеющихся у К. эмоционально-волевых расстройств не столь значительны, чтобы исключить у него возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому в отношении инкриминируемого ему деяния, совершеного им вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, К. следует считать вменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — ноябрь 1972 года).

"Испытуемый после экспертизы в 1969 году был осужден на два года лишения свободы. Находясь в местах лишения свободы, перенес черепно-мозговую травму с потерей сознания. Освободился по окончаниии срока наказания в мае 1972 года. Жил в Москве без прописки. 29 июня 1972 года, как следует из материалов уголовного дела, испытуемый совершил кражу документов у гр. И. По данному делу он был освидетельствован амбулаторной судебно-психиатрической комиссией. Во время обследования на вопросы отвечал медленно, с паузами. Высказывал раз-

личные ипохондрические жалобы. Утверждал, что у него "специально съели половину крови", заявлял, что он "святой".

"В стационар Института К. поступил 3 ноября 1972 года по обвинению в карманной краже. 6 декабря 1972 года испытуемый был представлен на экспертную комиссию Института, однако в связи с неясностью клинической картины срок его пребывания на экспертизе был продлен на один месяц — до 10 января 1973 года".

"Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов испытуемого известно следующее" (дополнение к прежним анамнестическим сведениям).

"Мать испытуемого страдает психическим заболеванием в форме шизофрении, сестра неоднократно лечилась в психиатрических больницах. В 9 лет появилась раздражительность, агрессивность, плохо спал по ночам, слышал какие-то звонки, стуки, испытывал страх. 7 сентября 1936 года был помещен в больницу имени Кащенко. В выписке из истории болезни указано, что он был чрезмерно подвижен, суетлив, эйфоричен, дурашлив, внушаем. В процессе лечения стал спокойнее, дисциплинированнее. В 1941 году испытуемый вновь был стационирован в больницу имени Кащенко. В выписке из истории болезни указано, что он держался свободно, развязно, умел хорошо учитывать ситуацию. Однако в то же время было отмечено, что по сравнению с предыдущим поступлением испытуемый эмоционально потускнел. На фоне бодрого настроения отмечались упорные суицидальные высказывания. В больнице испытуемый находился с 10 января 1941 года по 26 марта 1941 года. Был выписан с диагнозом: "Гебефрения? Психопатическая личность". Сестра испытуемого сообщила, что после выписки из больницы он начал вскоре заговариваться, по ночам плохо спал, иногда вскакивал и кричал: "Немец, немец", — хватал коляску с ребенком и пытался вытолкнуть в окно. Разговаривать с ним было трудно, так как во время бесед он часто отвлекался и бессмысленно смотрел по сторонам. На улице без видимой причины начинал что-то кричать, кукарекал, лаял по-собачьи. Говорил, что на него "плохо смотрят окружающие". Сверстники прозвали его "дураком", "чумой". В последующем по характеру был повышенно возбудим, нетерпелив, неусидчив, склонен к частым немотивированным сменам настроения. Всякое, даже с увлечением начатое дело ему быстро надоедало. На работе конфликтовал с окружающими, подолгу не удерживался, часто менял места работы. В 1945 году испытуемый привлекался к уголовной ответственности за незаконное ношение огнестрельного оружия и покупку продовольственной карточки. По этому делу он проходил СПЭ в Институте судебной психиатрии имени В.П.Сербского. В то время он был правильно ориентирован в окружающей обстановке.

Настроение было приподнятым. Во время беседы часто смеялся, беспечно относился к своему состоянию, был развязен, болтлив, считал себя здоровым человеком. В отделении был суетлив, расторможен. В июле 1946 года испытуемый стационировался в психиатрическую больницу имени Ганнушкина. Лечился с диагнозом: "шизофрения (гебефреническая форма), остаточные явления перенесенного с детстве энцефалита". В стационаре был дурашлив, с трудом держался в отделении. На 7-ой день совершил побег. Сестра испытуемого рассказывала, что дома он все время "жил под постоянным страхом", чего-то боялся, "ему казалось, что его преследуют". Однажды, в 1947 году, сидя за столом, начал что-то быстро говорить, кого-то упрекать и внезапно схватил нож, порезал себе живот. Слышал оклики, голоса. Ночью вскакивал и говорил: "Сейчас, сейчас иду". Боялся, что его отравят. В 1954 году, во время прохождени СПЭ в Институте имени Сербского, шепотом сообщал, что в больнице его преследовали, что, стоит ему сесть в ванну, как вода окрашивается в розовый цвет от "просвечивающей крови". В отделении был беспечен, расторможен, суетлив, временами вел себя неестественно. Во время СПЭ в Институте в 1956 году отмечалось, что в отделении испытуемый был многоречив, суетлив, временами дурашлив; во время беседы речь была быстрой, непоследовательной. Жена испытуемого отмечала за ним странности. Так, он считал, что за ним следят, "на улице везде видел шпионов". Дома заглядывал под кровать, за шторы — проверял, не прячется ли там кто-нибудь, боялся , что его отравят. Однажды ночью на 11-м этаже пытался выйти через окно. Сестра больного сообщает, что приблизительно с 1969 года испытуемый начал говорить окружающим, что к нему явился Господь, что он разговаривал с ним и тот сказал, что он святой Божий человек Алексей. Сделал себе крест. Иногда заявлял родным, что по телефону разговаривает с Америкой — с Рузвельтом".

"При настоящем обследовании в Институте установлено следующее. Физическое состояние: на коже живота в правой эпигастральной области имеются рубцы — следы самопорезов. Заключение терапевта: "фиброзно-очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения; транзиторная гипертония". Нервная система: асимметрия носогубных складок, сухожильные рефлексы слева выше. Заключение невропатолога: "органические изменения центральной нервной системы".

Психический статус. Испытуемый контакту по существу малодоступен. На вопросы отвечает не всегда последовательно. Часто не может ответить на поставленный вопрос, при этом ссылается на запамятование — однако через некоторое время, при разговоре совершенно на другую тему, вдруг начинает с подробностями

рассказывать о том, о чем было спрошено ранее. В ходе разговора часто теряет нить беседы, переключается с одной темы на другую. Временами речь его становится разорванной, и тогда трудно понять, о чем он хотел сказать. Во время беседы благодушно улыбается, иногда таращит глаза — однако в то же время остается монотонным, однообразным. Из путаных, малопонятных высказываний испытуемого следует, что на протяжении многих лет его "преследуют". Говорит, что даже тогда, когда он не чувствует за собой слежку, то все равно чего-то боится. Испытуемый сообщает, что последние годы иногда слышит голос Бога, раздающийся "откуда-то сзади". Этот голос сказал ему, что он святой. С тех пор заметил, что на улице незнакомые ему люди почтительно с ним здороваются, уступают дорогу. Считает, что все окружающие знают, что он святой. Собирает свои срезаные ногти, которые раздает "достойным людям". Заявляет, что когда он умрет, то тот, кто имеет его ноготь, сможет вызвать его дух. С горделивым выражением лица говорит, что он — "избранник Божий", что "Господь снизошел" только к нему, что Он дает ему "мудрые советы", поддерживает его, несколько раз спасал от "неминуемой гибели". Очень обижается, когда санитарки называют его колдуном. Поясняет, что он — "святой" и делает людям только добро, а колдуны могут совершать и злые поступки. Говоря о правонарушении, испытуемый остается равнодушным. Голословно отрицает содеянное, однако должной обеспокоенности сложившейся ситуации не обнаруживает. Заявляет, что он "святой" и должен все терпеть, быть "великомучеником". В отделении поведение испытуемого однообразное. Он ни с кем не общается, ничем не занят, все время находится в постели. Целыми днями, забившись в угол, сидит на кровати, настороженно поглядывая на окружающих. Временами жалуется на головную боль, "нехватку" воздуха, на боль в области правого легкого. Заявляет, что легкое "сгнило и распалось" и только "Господь" спасет его от смерти. Подозрительно относится к некоторым медицинским назначениям. На фоне тревожно-боязливого состояния у испытуемого отмечается эйфоричность, неадекватное благодушие. Мышление его непоследовательное, паралогичное. Эмоциональные реакции тусклые, монотонные, неадекватные. Критики к своему психическому состоянию и содеянному не обнаруживает".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, развившейся на фоне остаточных явлений органического поражения центральной нервной системы. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о появлении у испытуемого в подростковом возрасте на фоне гебоидного поведения, проявляющегося в своеобразной дурашливости, импульсивности,

агрессивности, отрывочных бредовых идей отношения, преследования, чтó служило причиной неоднократных стационирований испытуемого в психиатрические больницы. Однако органическое поражение головного мозга обусловило некоторое своеобразие клинической картины заболевания, в которой в последующие годы ведущим явился психопатоподобный синдром. Этим и объясняется ошибочность экспертных заключений, данных в 1956, 1961 и 1969 при судебно-психиатрическом освидетельствовании испытуемого в Институте имени профессора В.П.Сербского. Данные настоящего клинического обследования также выявили характерные для шизофренического процесса нарушения мышления (паралогичность суждений, элементы разорванности, бредовые идеи ипохондрического характера, преследования, величия), эмоционально-волевой сферы (тусклость, неадекватность эмоциональных реакций, пассивность, отгороженность), сочетающиеся с отсутствием критики к психическому состоянию и содеянному. Поэтому К., как страдающий хроническим психическим заболеванием, в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию К. нуждается в принудительном лечении в больнице общего типа".

Анализ болезни К., проведенный автором.

Болезнь возникла в детском возрасте (9 лет). Начальными психопатологическими расстройствами являлись аффективные. Они существовали и в последующем на протяжении нескольких десятилетий. Преобладали гипоманиакальные состояния, определявшиеся: а) повышенным настроением: "эйфоричен, дурашлив" (1936 г.); "настроение приподнятое, смеется, беспечен, оптимистичен (1945 г.); "говорит с улыбкой, хохочет без причины" (1961 г.); "держится фамильярно, дергает врача за рукав" (1969 г.); б) речевым и в) двигательным возбуждением: "чрезмерно подвижен, суетлив" (1939 г.); "многословен, легко переключается с одной темы на другую (1956 г.); "речь разорванная", "говорит громко, поучает" (1961 г.); "движения быстрые, речь сопровождается мимикой" (1966 г.); "размашисто жестикулирует, очень подвижен; обучал Щ. ползать по-пластунски" (1969 г.).

Проявления гипомании, особенно речевое и двигательное возбуждение, усиливались в вечерние часы. Именно в это время у К. возникали симптомы, встречающиеся при маниакальных состояниях, например, разорванная речь. Отмечались другие характерные для гипоманиакальных состояний явления — такие, например, как стремление к общению с окружающими

(подэкспертными, младшим медицинским персоналом), остроумные шутки и наблюдательность ("делает тонкие замечания в адрес некоторый врачей"), беспечность, легкая смена интересов, стремление помогать персоналу в уборке отделения и т.п. С самого начала своего появления гипоманиакальные состояния сопровождались дурашливостью, особенно выраженной в первые годы болезни. О ее наличии свидетельствовали не только клинические факты, но и диагностические заключения, в которых фигурировал термин "гебефрения" (1939, 1941, 1946 гг.). Примеры дурашливого поведения приводит сестра К. Не исключено, что прозвища "дурак", "чума", которыми сверстники нарекли подэкспертного, зависели от "странностей" в его поведении, в том числе и дурашливости. В зрелом возрасте повышенное настроение в большей степени проявлялось добродушным весельем, и реже — непродолжительными периодами раздраженно-гневливого аффекта. Однако и в эти годы в гипоманиакальных состояниях К. продолжали оставаться черты дурашливости (см. психический статус при обследовании в Институте в 1969 г.).

О состояниях пониженого настроения свидетельствуют отмечавшиеся у К. тревога, страхи, суицидальные высказывания и, возможно, совершенная им импульсивная суицидальная попытка — внезапно нанес себе ножом ранение в живот.

Таким образом, аффективные расстройства определялись у К. биполярной циркулярностью.

Несколько позже, чем аффективные, у К. появились и существовали в последующие годы несистематизированные бредовые идеи. Преобладали бредовые идеи параноидной структуры: преследования, отношения, отравления. Иногда такой бред имел психогенную патопластику: преследование осуществлялось сотрудниками милиции и т.д. Однако подобные высказывания были непостоянными. Изредка отмечались ипохондрические бредовые идеи. Сенсорные расстройства на всем протяжении болезни возникали лишь в форме акоазмов и фонем.

Заметного усложнения аффективных и бредовых расстройств на протяжении десятилетий не отмечалось, в связи с чем можно говорить о вялом развитии болезни. В подобных случаях всегда можно наблюдать психопатические (психопатоподобные) симптомы. Они существовали и у К. Однако дать им точное определение затруднительно, так как болезнь постоянно сопровождалась выраженными аффективными расстройствами, при которых поведение больных во многом неотличимо от психопатического. Можно согласиться с заключением, данным К. в 1952 году, в котором говорилось о наличии у него расстройств влечений. Однако и это расстройство сопутствует гипоманиакальным состояниям.

Существование негативных симптомов в эмоционально-волевой сфере подтверждается рядом фактов. Еще в 1941 году врачами больницы имени Кащенко было отмечено, что "по сравнению с предыдущими поступлениями больной эмоционально потускнел". Наличие эмоциональных изменений отразилось на особенностях аффективных расстройств: в гипоманиях почти всегда существовала дурашливость, в состояниях пониженного настроения никогда не упоминались симптомы витальной депрессии. О волевых расстройствах свидетельствуют особенности криминального анамнеза К.: непрерывное совершение им правонарушений, промежутки между которыми могли составлять лишь несколько дней (1972 г.). Ни принудительное лечение в психиатрических больницах (с 18 до 29 лет), ни многократные пребывания в местах лишения свободы (с 29 до 45 лет) не оказали никакого влияния на криминальное поведение К. Подобная "безудержность" в совершении ООД свидетельствует о выраженных и стойких волевых нарушениях. Криминальное поведение сохранилось у К. и к тому времени, когда у него возникла трансформация бредовых расстройств: к бредовым идеям параноидной структуры присоединились несистематизированные экспансивные бредовые идеи величия и религиозного содержания, а также отдельные нигилистические идеи, то есть произошло парафренное видоизменение клинической картины. Особенность парафренного состояния заключается в его редуцированности — в частности, в том, что оно не сопровождалось отчетливыми сенсорными расстройствами. Такая структура парафренного синдрома, возможно, связана с ранним началом болезни. Возникший при этом шизофренический дефект мог препятствовать появлению развернутого парафренного синдрома.

Наличие шизофренического дефекта в период заключительной СПЭ не оставляет никаких сомнений. Однако определить степень выраженности негативных расстройств основываясь на материалах СПЭ Института не представляется возможным. В 1969 году комиссия сочла К. сохранным человеком, а в 1972 году у него были обнаружены выраженные изменения личности. Между тем, при непрерывном развитии процесса негативные расстройства возникают лишь исподволь.

Неразвернутость парафренного синдрома позволяет считать, что и на отдаленном этапе болезнь во многом сохраняет вялый характер развития.

Диагноз: "вяло-прогредиентная шизофрения с аффективными, психопатоподобными и редуцированными парафренными симптомами".

Наблюдение N 13. "Ф., 1950 года рождения. Обвиняется в краже кофты. В Институт испытуемая поступила 21 октября 1968 года.

Со слов испытуемой, материалов дела и имеющейся медицинской документации известно следующее: мать и два старших брата состоят на учете у психиатра и периодически госпитализируются в больницу[1]. Болезней, перенесенных в детстве, испытуемая не помнит. Учиться начала с 7 лет, окончила 8 классов вспомогательной школы, обучалась по специальности швеи-мотористки. После окончания школы, с октября 1967 года, работала на швейной фабрике. Перед арестом не работала, вела беспорядочный образ жизни, предоставляла свою квартиру для встреч с мужчинами. Там же они прятали краденые вещи. Испытуемая неоднократно предупреждалась органами милиции, но образа жизни не меняла. В мае 1968 года было вынесено постановление о ее выселении из Москвы. С 17 лет ведет беспорядочную половую жизнь, курит, употребляет алкоголь. На учете у психиатров не состояла. Во второй половине мая 1968 года испытуемая похитила кофту у гр. К., за что и привлекается по настоящему делу".

"При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее: на коже вульгарная сыпь. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние: фотореакция зрачков на свет несколько вялая. Конвергенция недостаточная. Коленные рефлексы снижены. Реакция Вассермана в крови (на сифилис) отрицательная.

Психическое состояние: испытуемая ориентирована во времени, месте и собственной личности. Охотно вступает в беседу, говорит с детскими интонациями. Анамнестические сведения о себе сообщает последовательно и подробно. Жалоб на свое здоровье не высказывает. В своих суждениях обнаруживает наивность, некоторую инфантильность. С готовностью демонстрирует врачам свои способности имитации голоса (подражает Рине Зеленой), поет лирические песенки, довольно тонко передавая настроение. Вместе с тем, она откровено рассказывает о своих связях с мужчинами, "плохих подругах". В отделении шумлива, подвижна, дружит в основном с психопатизированными сверстниками. Охотно поет песни детским голосом и читает стихи. Интеллектуально ограничена. Отмечается ослабление понятийного мышления, малый запас общих знаний и представлений. Бредовых расстройств и расстройств восприятия не выявлено. К

[1] В выписке из истории болезни N 5866 Московской психиатрической больницы N 3 за 1967 год, находящейся в истории болезни подэкспертной, сказано, что родной брат Ф. – Ф.Б.И. болен шизофренией (дефект) – примечание автора.

своему состоянию и сложившейся ситуации относится критически".

Дополнение к акту из истории болезни подэкспертной (сделано автором).

Экспериментально-психологическое исследование — 14, 15 октября 1968 года.

"Полного понимания того, что она находится на экспертизе, нет. (...) Таким образом, при исследовании отмечено достаточно выраженое снижение ряда интеллектуальных процессов, особенно процесса обобщения и отвлечения, ограниченное владение понятиями, малый запас общих знаний и представлений. Это снижение выступает как снижение типа олигофрении. Снижение критической оценки своего поведения и ситуации в целом. Моментами в процессе исследования отмечается растерянность, своеобразные нарушения внимания, в частности, выражавшиеся в произношении слов".

Из дневников наблюдения среднего медицинского персонала (дополнение автора).

"21 октября. Во время головных болей ее "куда-то тянет бежать". Иногда слышит "оклики". Сдружилась с Л., Э., поют песни. С больными общается, много пела. Очень любит петь. Настроение хорошее, танцует, поет. С 4 ноября. Очень шумная. Все время кричит, пляшет. Много пела. В тихий час мешала всем спать. Вечером была в возбужденом состоянии. Пела, плакала. Говорила, что ей уже надоело плясать, но не может успокоиться. По палате ходит высоко подняв рубашку. На требование надеть халат не обращает внимания. Глаза сильно накрашены, и краска размазана по лицу. Санитарка вечером отобрала у больной крышку от банки, применяемой вместо зеркала. С 1 декабря 1968 года. Дружит с С. и К. В туалете подожгли расческу. Вечером плясала. Настроение хорошее".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает врожденное умственное недоразвитие в степени легкой дебильности. Об этом свидетельствуют данные анамнеза и настоящего психиатрического обследования, выявившие у испытуемой с детства невозможность обучения в общеобразовательной школе, ограниченность интеллекта, ослабление понятийного мышления и некоторые личностные особенности. Однако глубина отмеченных измсенений психики не столь значительна, чтобы Ф. не могла отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Ф. в психиатрические больницы не стационировалась, у нее никогда не выявлялось психопатической продукции (бреда, галлюцинаций, нелепых поступков). В настоящее время испытуемая правильно оценивает сложившуюся ситуацию, достаточно разбира-

ется в практических жизненных вопросах. Поэтому, как недушевнобольную, в отношении инкриминируемого ей деяния, совершенного, как это видно из материалов уголовного дела, вне какого-либо болезненного расстройства психической деятельности, Ф. следует считать вменяемой".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — декабрь 1972 г.).

"По отбытии срока наказания испытуемая в 1970 году возвратилась в Москву, где ей была разрешена временная прописка. Однако на работу она не устраивалась, вступала в случайные половые связи, в 1971 году родила дочь, воспитанием которой не занималась, была лишена родительских прав. С 1971 года испытуемая состоит на учете в ПНД с диагнозом: "олигофрения с асоциальным поведением". Из представленой амбулаторной карты видно, что испытуемая систематически пьянствовала, избивала отца, сожителей, пыталась несколько раз покончить с собой. В июле-августе 1972 года она лечилась в стационаре по поводу сифилиса. В связи с асоциальным поведением испытуемая неоднократно подвергалась административным взысканиям".

"В Институт испытуемая поступила 18 декабря 1972 года. Обвиняется в нарушении паспортных правил. 18 января 1973 года испытуемая была представлена на комиссию, но в связи с неясностью клинической картины срок ее пребывания в Институте был продлен на один месяц".

Заключительная СПЭ состоялась 23 февраля 1973 года.

"Со слов испытуемой, материалов уголовного дела, медицинской документации известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Мать испытуемой умерла в психиатрической больнице. Оба брата находятся в больнице для психохроников. По характеру испытуемая была общительной, жизнерадостной, принимала участие в художественной самодеятельности. С 17-летнего возраста испытуемая стала встречаться с асоциальными подругами, сожительствовала с мужчинами, злоупотребляла алкоголем, бросила работу. Как видно из истории болезни Института (1968 год), испытуемая в отделении была расторможена".

"При обследовании в Институте в настоящее время установлено следующее. В неврологическом статусе: реакция правого зрачка на свет вялая, на конвергенцию — живая. Отмечается горизонтальный нистагм в обе стороны. Слегка сглажена носогубная складка справа. Сухожильные рефлексы живые, слева выше, чем справа. Реакция Вассермана в крови отрицательная. При электроэнцефалографическом исследовании обнаружены диффузные изменения биоэлектрической активности коры, на фоне которых выявляются пароксизмальные разряды патологических волн, указывающие на повышенную судорожную готовность. Ликвор от 30 января 1973 года: белок — 0,16%, реакция

Вассермана отрицательная, реакция Нонне-Аппельта слабо положительная (+), реакция Вайтбрехта слабо положительная (+), реакция Ланге 2322100000. Заключение невропатолога: "органическое поражение головного мозга сифилитической этиологии".

Психическое состояние. Испытуемая охотно вступает в беседу, держится свободно, несколько развязна, не соблюдает дистанции. На вопросы не всегда отвечает по существу, отвлекается от темы, пытается сама что-то сообщить врачу вне связи с предыдущей темой беседы. Обнаженно расказывает о своем образе жизни, с улыбкой говорит: "Я плохая, отправьте меня в тюрьму". В отделении у испытуемой постоянно хорошее настроение, она дурашлива, возится с психопатизированными подростками, поет, пляшет, выпрашивает передачи. Круг интересов ограничен физиологическими потребностями. Временами испытуемая сонлива, прожорлива, крайне цинична. Вместе с тем, она крайне обидчива, ранима, но аффект у нее нестойкий. На запястье правой руки носит тесемку, объясняет это тем, что таким образом защищается от "колдовства" окружающих, которые на нее иногда "по-особому смотрят". Она не имеет никаких привязанностей, о дочери не вспоминает, заявляет, что дочь надоела, поэтому она ее била. В письмах к отцу требует передач, в противном случае угрожает ему. О матери не сожалеет: "Хорошо, что она подохла, я в этот день крутила пластинки". Никаких конкретных планов на будущее она не имеет. Мышление непоследовательное, малопродуктивное, конкретного типа; абстракции ей недоступны. Запас знаний и сведений ограничен. Суждения незрелые, примитивные. Эмоциональные реакции испытуемой неадекватны, парадоксальны. К своему болезненому состоянию и сложившейся судебной ситуации она относится без критики. Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает низкий интелектуальный уровень, низкий уровень объема знаний практического характера, невозможность оценивать прошлый опыт, трудность восприятия и ориентировки в заданиях, низкий уровень обобщения, резкую замедленность автоматизированных навыков".

Из дневников среднего медицинского персонала (дополнение автора).

"Веселая, весь день поет песни. Много рассказывает о своих похождениях. Просит часто кушать. Дурашливая, много хохочет. Жалеет, что попала в Институт, лучше бы была в тюрьме — у нее срок до года. Сквернословит. На замечания говорит: "Это для связи слов". Иногда разговаривает детским голосом. Танцевала в одной рубашке с распахнутой грудью. Поет, смеется, стучит мужчинам. Весь день громко кричит мужчинам. Поет, хлопа-

ет в ладоши. На замечание отвечает: “У меня очень много энергии, очень люблю мужчин, не могу без них жить”.

“На основании изложеного комиссия приходит к заключению, что Ф. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении, развившейся на органически неполноценной почве. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о задержке интеллектуального развития испытуемой, проявлении с подросткового возраста расстройств аффективной сферы и поведения, выраженной расторможенности влечений, нарастании социальной дезадаптации. Настоящее психиатрическое обследование также выявляет характерные для шизофренического процесса расстройства мышления, эмоционально-волевой сферы и критических способностей наряду с интеллектуальной ограниченностью и неврологической микросимптоматикой. Поэтому, как душевнобольную, Ф. в отношении инкриминируемого ей деяния, совершенного в болезненном состоянии, следует считать невменяемой. По своему психическому состоянию в настоящее время Ф. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа”.

Анализ болезни Ф., проведеный автором.

Преморбидная личность подэкспертной определялась гипертимно-циклоидными чертами (жизнерадостная, общительная), сочетавшимися с легкой дебильностью: сниженные интеллектуальные способности Ф. (школьный анамнез) сопровождались возможностью овладения трудовыми навыками, требующими ручной умелости. Болезненные расстройства появились в возрасте 17 лет. Первоначально и в последующие годы у Ф. доминировали аффективные расстройства. Преобладали гипоманиакальные состояния. Наличие неоднократных суицидальных попыток косвенно свидетельствует и о возможности появления у Ф. субдепрессивных расстройств. С самого начала своего появления аффективные расстройства (гипомании) сопровождались гебоидным синдромом (пьянство, сексуальные эксцессы, воровство).

В периоды обеих СПЭ в Институте (1968, 1972-73 гг.) психическое состояние Ф. было однотипным. Оно во многом напоминало “веселую манию”. У подэкспертной отмечалось повышенно-оптимистическое настроение, беззаботность, доброжелательное отношение к окружающим. Повышенный аффект сочетался с речевым и двигательным возбуждением: подэкспертная много говорила, пела, была подвижной, танцевала. Симптомы гипоманиакального состояния периодически усиливались — то в вечерние часы, то безотносительно ко времени суток. Помещение Ф.

в изолятор в период второй СПЭ могло свидетельствовать о том, что аффективные расстройства временами достигали степени маниакального состояния.

Особенности гипомании проявлялись в отсутствии стремления Ф. к деятельности (элементы "непродуктивной мании"), в наличии отчетливой детскости и дурашливости, беззастенчивых рассказах о своей интимной жизни. Перечисленные симптомы косвенно свидетельствуют о наличии у Ф. эмоциональных изменений. Отношение к близким, выявленное у Ф. в период второй СПЭ, лишь подтверждает это первоначальное предположение.

Помимо аффективных расстройств, у подэкспертной были выявлены отдельные слуховые галлюцинации, возможно — бывшие в прошлом импульсивные влечения ("куда-то тянет бежать" — первая СПЭ), отдельные нестойкие бредовые идеи колдовства (вторая СПЭ). Наличие бредовых идей такого содержания (архаический бред) подтверждает существование у Ф. явлений дебильности. В период первой СПЭ критическая оценка своего состояния и ситуации у Ф. была значительно снижена — см. экспериментально-психологическое исследование, октябрь 1968 года.

Диагноз: "Вялотекущая пфропфшизофрения с преобладанием гебоидных психопатоподобных расстройств, аффективных, преимущественно гипоманиакальных, нарушений и отрывочных параноидных идей. *Болезнь осложнена органическим поражением головного мозга сифилитической этиологии*".

Наличие в неврологическом статусе подэкспертной явных неврологических симптомов, особенности электроэнцефалограммы (пароксизмальные разряды патологических волн) требуют дифференциального диагноза с периодическим органическим психозом. Против последнего свидетельствуют: 1) отсутствие на всем протяжении болезни симптомов, относящихся к экзогенному типу реакции: 2) спонтанное возникновение аффективных расстройств; 3) отсутствие астении (отмеченная у Ф. при второй СПЭ ранимость являлась проявлением психэстетической пропорции); 4) существование в личностных изменениях отчетливого эмоционального изъяна.

Косвенным подтверждением диагноза шизофрении являются данные наследственного отягощения подэкспертной: три ее кровных родственника страдают психическими, а двое, возможно, хроническими (пребывание в загородных больницах) болезнями. Одна из них диагностирована как шизофрения.

Наблюдение N 14. "Т., 1933 г.р. Обвиняется в убийстве милиционера. В Институт поступил 15 июня 1967 года.

Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела известно следующее: наследственность испытуемого психопатологически не отягощена. В детстве он, рано лишившись родителей, воспитывался у тетки в тяжелых материальных условиях. Заболеваний детства не помнит. Учиться начал с 7 лет, плохо усваивал новый материал, в каждом классе оставался на второй год. После окончания трех классов он школу оставил, выполнял полевые работы, был пастухом. По характеру был спокойным, застенчивым, малоразговорчивым. С 1954 по 1957 год он служил в Советской Армии, справлялся со службой, по его словам, имел благодарности. После демобилизации женился, отношения с женой хорошие, детей не имеет. В 1958 году, работая на лесопильном станке в колхозе, испытуемый получил тяжелый ушиб головы (маховиком станка), при этом отмечалась длительная потеря сознания, лечился стационарно около месяца (выписка из истории болезни не получена). После перенесенной травмы головы испытуемый в течение трех лет не работал, по его словам, имел вторую группу инвалидности. Как видно из материалов уголовного дела, испытуемый в декабре 1964 года при медицинском освидетельствовании при райвоенкомате признан негодным к военной службе в мирное время по статье 30 "б" графы 1 приказа N 275 в связи с соматическим заболеванием: "ревматизм, комбинированный митральный порок с преобладанием сердечной недостаточности II степени". В дальнейшем испытуемого часто беспокоили головные боли, головокружения, боли в сердце; по характеру он стал раздражительным и вспыльчивым, заметно ухудшилась память, появилась рассеянность. К врачам за помощью он не обращался, лечился у знахарок, якобы после "лечения травами" чувствовал себя лучше. На учете у психиатров он не состоял, в психиатрических больницах не лечился. Сестра испытуемого показывает, что последнее время он стал забывчивым, часто жаловался на головные боли. В состоянии алкогольного опьянения он "вел себя беспокойно, бегал, кричал, что всех убьет". Жена испытуемого показывает, что в состоянии опьянения он "дебоширит, бьет посуду, ломает вещи". Из производственной характеристики видно, что испытуемый к работе относился добросовестно, однако пьянствовал, появлялся в нетрезвом виде в общественных местах, скандалил, имел взыскания от правления колхоза. Относительно настоящего правонарушения известно следующее. 9 февраля 1967 года за совершение мелкого хулиганства в состоянии алкогольного опьянения испытуемый был подвергнут аресту на 15 суток и отбывал их в КПЗ отдела милиции. Каких-либо неправильностей в поведении или нелепых высказываний окружающие у него не замечали; он был малоразговорчивым, выполнял порученную ему работу. 14 февраля 1967 года, по словам испытуемого, когда он раздавал ужин, один

из заключенных в соседней камере якобы сказал испытуемому, что его заберут в тюрьму и после истечения 15-ти суток домой не отпустят. Это огорчило его, он расстроился, вспомнил всех своих родных и не спал всю ночь. Утром 15 февраля, во время колки дров, к нему якобы подошел заключенный Р. и тоже сказал, что испытуемый не уйдет домой, так как его все равно "убьет милиция". После этих слов, как утверждает испытуемый, он "очень расстроился" на Р. и что с ним было дальше, не помнит; очнулся будто бы уже в КПЗ, когда вся одежда на нем была мокрой, о содеянном узнал только со слов сотрудников милиции. Из материалов уголовного дела видно, что вечером 14 февраля 1967 года испытуемый о чем-то беседовал на алтайском языке с сокамерником Р. и, как явствует из показаний присутствовавшего при разговоре свидетеля П., казалось, что испытуемый "кого-то ругал"; каких-либо жалоб на здоровье с его стороны не было. Испытуемый ночью не спал — он то ходил по камере, то сидел, "опустив голову вниз". На вопрос дежурного К., почему он не спит, испытуемый ответил, что не может спать из-за шума в другой камере (в которой действительно громко кричал пьяный заключенный). Утром 15 февраля 1967 года испытуемый позавтракал, никаких жалоб не высказывал. Поведение его было обычным, как всегда. В связи с тем, что испытуемый не спал ночь, его спросили, не болен ли он, и предложили пойти в больницу, однако он ответил, что чувствует себя нормально и пойдет на работу. 15 февраля 1967 года испытуемый вместе со всеми заключенными колол дрова, каких-либо конфликтов или ссор с окружающими (в том числе и с пострадавшим) отмечено не было. Свидетели показывают, что испытуемый примерно в 12 часов дня вдруг неожиданно нанес два удара топором по голове наблюдавшему за работой милиционеру С., затем, бросив тут же топор, он побежал за ограду исполкома, а заметив, что его преследует свидетель П., он взял с земли камень и бросил его в П. Затем испытуемый направился по дороге в сторону реки, а когда увидел, что П. идет за ним, он побежал к проруби, остановился и крикнул: "Не подходи". Свидетель П. пытался подойти к испытуемому, но последний "залез в прорубь до плеч", а когда свидетель отошел в сорону, испытуемый выбрался на лед. Здесь его увидела свидетель Б., которая показала, что испытуемый был в мокрой одежде и говорил: "Меня все равно убьют, я хочу утонуть, меня убьет милиция, их надо бить". Вскоре приехали сотрудники милиции, увидев которых, испытуемый прыгнул в прорубь головой вниз; когда его поймали за ноги и сажали в машину, то "он оказал сопротивление", ударил работника милиции, кусался, выбил стекла, кричал что-то на алтайском языке (показания свидетеля П). 16 февраля 1967 года на допросе испы-

туемый показал, что он не спал всю ночь перед правонарушением, так как его расстроил Р., сказав, что испытуемый теперь лишен права голоса, не может голосовать и его будут теперь судить, а утром в день правонарушения Р. якобы снова сказал ему, что он останется в тюрьме, а Р. уедет домой. На эти слова испытуемый, по его показаниям, хотел ударить Р., "ничего не видел от волнения", "стал как дурак" и "не глядя ударил милиционера, так как думал, что это был Р.". В своих показаниях испытуемый пояснил, что по его подсчетам в этот момент мимо него должен был проходить Р., которому он хотел нанести удар, но поняв, что он ошибся и ударил сотрудника милиции, он решил утонуть. В своих дальнейших показаниях (от 25 февраля 1967 года) испытуемый заявил, что он не хотел ударить или убить Р. и вообще не знает, "он или кто другой" убил милиционера".

Дополнения к акту Института из медицинской документации, имеющейся в истории болезни подэкспертного (сделаны автором).

Из акта АСПЭК, проведенной в г. Бийске 27 февраля 1967 года. "Служба в Советской Армии с 1953 по 1956 гг. В 1958 году имел травму головы с кратковременной потерей сознания, лечился амбулаторно. Алкогольные напитки употребляет с 1957 года умеренно, обычно пьет вина. В состоянии опьянения бывает возбужден, наутро обычно ничего не помнит и очень плохо себя чувствует. Алтаец, с которым он находился в камере, сказал ему, что его не выпустят из камеры и убьют. Был расстроен, всю ночь не спал. Психика: в контакт вступает неохотно. Расстройств восприятия, бредовых переживаний выявить не удается. О содеянном не помнит совсем. Имеются отрывочные воспоминания о том, как он находился в проруби. Комиссия к единому решению о психическом состоянии не пришла".

Из акта СПЭ Томской психиатрической больницы от 24 апреля 1967 года. "Алкоголизируется давно, в нетрезвом состоянии склонен к конфликтам, дракам. В ночь перед совершением преступления, как показывают свидетели, испытуемый стал странно себя вести. Он не спал, не отвечал на вопросы, разговаривал сам с собой. До утра находился у двери, одетый во все верхнее. Утром перед работой надзиратели обратили внимание на его нездоровый вид и предложили ему остаться в камере, но испытуемый на работу пошел, где ему поручили колоть дрова, что он и делал, а затем внезапно ударил топором проходящего мимо милиционера по голове и с криком побежал к реке. Затем его видели стоящим у проруби. Когда его вытащили из проруби, он был возбужден, кричал, что его преследуют. После задержания, в течение следующих суток испытуемый испытывал страхи, кричал, что его нужно убить, набрасывался на окружающих, в окружающей обстановке не ориентировался. Затем поведение его

стало правильным. Психическое состояние: с момента поступления в стационар состояние испытуемого не менялось. Переживает за содеянное. Повторяет, что он никого не хотел убивать, тем более — незнакомого. Параноидных переживаний, обманов чувств у него нет.

Заключение: у Т. имеется органическое заболевание центральной нервной системы. Правонарушение совершил находясь в состоянии сумеречного расстройства сознания. Невменяем".

"При обследовании в Институте выявлено следующее. Заключение терапевта: "недостаточность двухстворчатого клапана". Неврологическое состояние: конвергенция слева ослаблена, сглажена правая носогубная складка, сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. При электроэнцефалографическом исследовании выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности, выражающейся в наличии межполушарной ассиметрии и асинхронности колебаний. При ЛОР-осмотре выявлен двухсторонний неврит слуховых нервов. Заключение невропатолога: "травматическая энцефалопатия".

Психический статус. Испытуемый часто предъявляет жалобы на головную боль, головокружение. В отделении Института он малозаметен, в беседу с испытуемыми и медперсоналом почти не вступает. Во время врачебных обходов он сидит в одной и той же позе с грустным выражением лица, ничем не занят. На прогулках он сторонится окружающих, почти всегда молчит. В беседе с врачом выявил достаточное знание русского языка, он по существу отвечал на вопросы, последовательно сообщал анамнестические сведения. Разговорился с другим врачом, понимающим его родной язык, был более активным в беседе, проявил заинтересованность в исходе своего дела. Он рассказал о том, что накануне правонарушения и в день убийства он был расстроен словами заключенного, который сказал, что его будут судить, много думал о своих родных; он заявил, что помнит только то время, когда рубил дрова, — а что было дальше, не помнит. В убийстве считает виновным Р., который расстроил его. Жалеет убитого им человека, говорит, что за свою жизнь никого не тронул пальцем; при этом на глазах у него появляются слезы. Подчеркивает, что до ушиба головы он был хорошим человеком, а после травмы "голова стала плохой и снизилась память". Он боится предстоящего суда, знает, что в тюрьме он долго не проживет. Испытуемый тепло говорит о своих родственниках, пишет им теплые письма на алтайском языке, по предложению врача, попросил одного из испытуемых написать домой письмо на русском языке. Запас общеобразовательных знаний у него невелик. Круг интересов ограничен бытовыми вопросами. Мышление его преимущественно конкретное. Суж-

дения несколько примитивные. Однако в вопросах практической жизни он разбирается хорошо. Каких-либо психотических симптомов (бреда, галлюцинаций, а также состояний неясного сознания) за время пербывания его в Институте не наблюдалось".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Т. психическим заболеванием не страдает, обнаруживает остаточные явления травматического поражения головного мозга с нерезко выраженными изменениями со стороны психики в виде аффективной неустойчивости, отдельных истерических проявлений и обще-церебральных симптомов (головные боли, головокружения), что сочетается с нерезко выраженной неврологической симптоматикой. Однако степень имеющихся у него психических изменений не столь значительна, чтобы он не мог отдавать отчет в своих действиях и руководить своими поступками. Об этом свидетельствуют его хорошая трудовая адаптация, достаточный запас практических знаний, понимание и осмысление сложившейся судебной ситуации в целом. В период времени, относящийся к инкриминируемым ему деяниям, он не обнаруживал также и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности (в том числе и сумеречного расстройства сознания). Состояние аффективного напряжения, развившееся у испытуемого как несколько примитивной личности в необычных для него условиях (арест, окружение заключенных, опасение, что ему увеличат срок наказания) нельзя расценивать как временное болезненное расстройство психической деятельности, так как у Т. имелась достаточная сохранность ориентировки в окружающей его обстановке с выполнением сложных целенаправленных координированных действий (вместе с другими заключенными он завтракал, разговаривал с ними, непосредственно перед правонарушением выполнял работу), имелось понимание тяжести им содеянного сразу после правонарушения (пытался убежать, понимал, что его догоняют сотрудники милиции), выявился примитивно-защитный истерический характер поведения при задержании (бросился в прорубь на глазах у свидетелей, кусался, бранился). Поэтому, как недушевнобольной, совершивший правонарушение вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, Т. следует считать вменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — февраль 1972 года).

"Испытуемый был осужден на 15 лет лишения свободы с отбыванием срока наказания в ИТК усиленного режима. В местах лишения свободы испытуемый не работал (личное дело N ..., лист ...). В его поведении отмечались странности. Как видно из характеристик, представленных администрацией мест заключения, испытуемый "по характеру неуравновешенный, ведет замк-

нутый образ жизни. В поведении Т. допускает такие отклонения от нормы, как резкие выпады с угрозой убийства к осужденным" (личное дело, лист ...). В связи с неправильным поведением и немотивированной агрессией испытуемый несколько раз переводился из одной исправительной колонии в другую. При этом отмечено, что у испытуемого нет последовательности в ответах. "В поведении он невоздержан, набрасывается драться на своих сотрудников, угрожает им убийством". Прикрепленный к испытуемому для постоянного наблюдения за его поведением активист Д. отмечает, что испытуемый — опасная личность и может допустить большое "ЧП" (личное дело, лист ...). В 1971 году в местах заключения испытуемый был освидетельствован во ВТЭК, которая обнаружила у него органические изменения центральной нервной системы, дебильность II-III степени. В связи с сомнениями в психической полноценности, Т. постановлением старшего следователя прокуратуры Горно-Алтайской автономной области от 19 октября 1971 года был направлен на СПЭ в Институт судебной психиатрии им. В.П.Сербского".

"На экспертизу в Институт испытуемый поступил 23 февраля 1972 года. Из материалов уголовного дела, личного дела заключенного, медицинской документации и со слов самого испытуемого установлено следующее" (дополнение к первоначальному анамнезу).

"Испытуемый в настоящее время сообщает, что вскоре после демобилизации у него появилось необычное самочувствие: он в этот период слышал "у себя в голове голос своего дяди", который угрожал ему, бранил его. При этом он испытывал такое ощущение, будто "по мозгу у него шли волны и что-то в голове щелкало". Испытуемый чувствовал страх, считал, что против него и жены что-то замышляют недоброе. В 1961 году по статье 74 часть II УК РСФСР испытуемый был осужден на один год условно. Из материалов дела видно, что в 1964 году испытуемого часто беспокоили головные боли, головокружения, ухудшилась память, появилась рассеянность. Изменился по характеру, стал раздражительным, вспыльчивым. В связи с указанными явлениями испытуемый обращался за помощью "к знахарям" и в медпункт села. Фельдшер медпункта в своих показаниях отмечает, что "когда с ним разговариваешь, у него речь несвязная, прерывистая, мысли теряются. Повторяет по несколько раз то, что уже говорил". С этого времени поведение испытуемого также изменилось. Сестры испытуемого показывают, что "очень часто он не спал ночами. Когда на него находило болезненное состояние, он начинал ходить по комнате, а иногда убегал с криком на улицу и порой засыпал где-нибудь на дороге". Родственники испытуемого отмечают, что алкоголь он употреблял редко, но в

состоянии алкогольного опьянения беспричинно становился злобным и агрессивным, "при этом дебоширил, он почему-то смеялся". Родственники испытуемого отмечают, что "Иван какой-то ненормальный", а фельдшер медпункта "неоднократно советовал пойти к невропатологу ввиду необычного его поведения".

9 февраля 1967 года испытуемый в состоянии алкогольного опьянения проявил беспричинную агрессию к неизвестному ему человеку, в связи с чем за совершенное хулиганство был подвергнут аресту на 15 суток и отбывал наказание в КПЗ. Отбывая наказание, испытуемый "вел себя замкнуто, больше молчал". По словам испытуемого, один заключенный якобы сказал ему (испытуемому), что его по истечении 15-ти суток домой не отпустят, а поместят в тюрьму. Это его очень испугало, он вспомнил всех родных, стал испытывать опасение за их судьбу. Как видно из показаний свидетелей П. и Р., в ночь на 15 февраля 1967 года испытуемый "спать не ложился, он много ходил по камере", при этом "на нем были одеты шапка, шуба и валенки, он что-то говорил на алтайском языке, он кого-то ругал". Р. поговорил с испытуемым по-алтайски, а потом сказал П., что "он (испытуемый) якобы ненормальный".

15 февраля 1967 года испытуемый вместе со всеми заключенными колол дрова, внешне поведение испытуемого было правильным, каких-либо ссор с окружающими, в том числе и с потерпевшим, отмечено не было. Сам момент совершения *преступления* (курсив автора) никто из свидетелей не видел. Как показывает свидетель П., он "услышал два глухих удара и слабый крик человека", после чего П. "выбежал из-за стога сена и увидел, что на земле лежал работник милиции", испытуемый же "бросил топор и побежал в ограду исполкома". Свидетельница Б. показывает, что испытуемый был в мокрой одежде и кричал: "Я хочу утонуть, меня все равно убьют". Когда испытуемого "вытащили из воды, он был возбужден, кричал: "Меня убивает милиция, их надо бить", — а кого надо бить, не называл".

17 февраля 1967 года следователь Н. отмечает, что испытуемый "вызывает сомнение в психической полноценности, ведет себя буйно, на уговоры никак не реагирует, пытается постоянно чем-либо ударить дежурных милиции, на допросе и после него ведет себя агрессивно". Свидетель А. показывает, что испытуемый "в камере ведет себя буйно, кричит: "Убейте меня". А 13 февраля испытуемый "даже разбил стекло в окне". Когда его спросили, почему он это сделал, то испытуемый ответил, что кого-то испугался, а кого и почему испугался, не говорил. Лейтенант милиции З. отмечает, что испытуемый 15 февраля 1967 года "пытался удушиться на рубашке несколько раз", затем "пытался зарезаться стеклом", угрожал "этим стеклом работни-

кам милиции, в течение нескольких часов держал в руках поломанное ведро, пытался всякого, кто зайдет в комнату, ударить этим ведром". Испытуемый в контакт вступал неохотно, заявлял, что о содеянном не помнит совсем — сохранились лишь отрывочные воспоминания о том, как он находился в проруби.

Комиссия к единому мнению не пришла. В связи с этим испытуемому была проведена СПЭ в Томской психиатрической больнице. 24 февраля 1967 года комиссия пришла к заключению, что у испытуемого имеется органическое поражение центральной нервной системы. Правонарушение совершено в состоянии сумеречного расстройства сознания, и в отношении инкриминируемого ему деяния невменяем. В связи с недостаточной обоснованностью заключения следователь усомнился в правильности выводов Томской судебно-психиатрической экспертной комиссии и назначил повторную экспертизу в Институте Сербского".

"При обследовании в Институте в настоящее время выявлено следующее. Заключение терапевта: "недостаточность двухстворчатого клапана". Неврологическое состояние: конвергенция слева ослаблена, сглажена правая носогубная складка, сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Глазное дно в норме.

Психическое состояние: в отделении малозаметен, с медперсоналом и другими испытуемыми почти не общается. В беседу с врачами вступает неохотно. Часто отвечает не по существу. После длительных разговоров удается выяснить, что еще за 4-5 лет до службы в армии стал замечать, что окружающие относятся к нему с подозрительностью. В этот период времени впервые услышал "голос", который звучал прямо в голове. От "голоса" по всему мозгу "расходились волны" и как-то по-особому щелкало в голове. "Голос" угрожал испытуемому, в чем-то его обвинял. Позднее испытуемый "понял", что голос принадлежит брату его отца. Периодически испытывал чувство страха, был убежден, что ему и его семье угрожает какая-то опасность. Чувство страха особенно усилилось после травмы. Временами страх был настолько силен, что испытуемый убегал из дома, чтобы избежать "грозящей опасности". Замечал якобы постоянно недоброжелательное отношение к себе со стороны окружающих, слышал обидные слова и замечания в свой адрес, видел будто бы, как над ним смеются. Непосредствено перед правонарушением и в период его совершения испытывал чувство страха, слышал "голос" в голове: был твердо убежден, что ему и жене угрожает какая-то опасность. После осуждения, в ИТК, слышал "в голове голос", замечал, что окружащие относятся к нему с подозрительностью, что-то против него замышляют. Слышал якобы, как другие осужденные, находясь в значительном расстоянии от него и в непосредственной близости, приказывали ему будто бы взять

камень и убивать окружающих его людей. Понимал, что этого нельзя делать. Однако полностью противостоять приказам не мог. Чтобы не выполнять "приказы голосов", убегал куда-нибудь подальше от людей. По его словам, "твердо знает", что его семья "уничтожена", так как незадолго до поступления на экспертизу слышал "голос" брата отца, который обещал "уничтожить всю его семью". Сообщает о гибели семьи с охваченностью, разубеждению не поддается. Убийство милиционера категорически отрицает, говорит, что никогда не убивал и убивать не хотел. Ситуацию в целом не осмышляет, не проявляет ни к чему интереса, безучастен к своей дальнейшей судьбе. Круг интересов ограничен удовлетворением жизненных потребностей".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Т. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении, развившейся еще до совершения *преступления* (sic! — Н.Ш.), на базе раннего органического поражения головного мозга. Такой диагноз подтверждается выявляющимися у него характерными для этого заболевания нарушениями мышления (соскальзывание, разорванность), эмоциональности (парадоксальность аффективных реакций, эмоциональная уплощенность, аутизм); наряду с этим у испытуемого имеют место бредовые идеи преследования, истинные слуховые галлюцинации. Материалы дела, в соответствии с данными длительного катамнестического наблюдения, позволяют считать, что шизофренический процесс у Т. имеет уже большую давность (начало его относится примерно к 1956-57 гг.), развивалось оно исподволь и к тому периоду времени, к которому относится инкриминируемое ему деяние (февраль 1967 года), у него имело место обострение шизофренического процесса (он обнаруживал аффект страха, болезненную бредовую интерпретацию отдельных фактов реальной действительности). В дальнейшем заболевание прогрессировало, что определяло неправильное его поведение с агрессивными действиями в ИТК. Поэтому Т., как психически больной, в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного в болезненном состоянии, следует считать невменяемым. Отбывать наказание не может, подпадает под действие статьи 362 УПК РСФСР. По своему психическому состоянию в настоящее время, учитывая тяжесть содеяного *преступления* (sic! — Н.Ш.) и наличие императивных галлюцинаторных переживаний, Т. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа".

Анализ болезни Т., проведенный автором

Болезнь началась в пубертатно-юношеском периоде (15-16 лет) — "за 4-5 лет до службы в армии". Вначале заболевание проявлялось очерченными приступами — в 15-16 лет и в 24 года ("вскоре после службы в армии"). Оба приступа имели сходную структуру: у Т. появились слуховые псевдогаллюцинации ("голос в голове") угрожающего и обвиняющего содержания, сопровождавшиеся сильным страхом и диффузной параноидностью — то есть возникали псевдогаллюцинаторно-аффективные состояния.

После первого приступа возникла глубокая ремиссия — в течение трех лет Т. успешно служил в армии. После второго приступа, по-видимому, также наступила достаточно полная ремиссия. Однако с начала 60-х годов, то есть вскоре после перенесенной черепно-мозговой травмы, у Т. начались более частые обострения психических расстройств. Скорее всего, это были остро возникающие транзиторные психозы ("когда на него находило болезненное состояние"), проявлявшиеся в первую очередь аффективными (тревога, страх) и двигательными (ажитация, паническое бегство) расстройствами. В промежутках между вспышками психоза у Т. оставалась бредовая настроенность по отношению к окружающим — то есть со временем у него начали возникать неполные ремиссии.

Психоз, во время которого Т. совершил правонарушение, возник остро. Его структура характеризовалась депрессивно-параноидным синдромом. Последний определяли: тревожно-ажитированная депрессия (всю ночь перед совершением ООД ходил по камере одетым), бредовые идеи гибели близких и собственной гибели, вербальные псевдогаллюцинации императивного содержания, бредовое отношение к окружающим, неожиданные импульсивные вспышки агрессии и аутоагрессии (убийство милиционера, агрессивное поведение по отношению к сотрудникам милиции, неоднократные попытки самоубийства). Симптомы психоза в первые сутки резко колебались в своей интенсивности. Примерно через 12 часов после начала психоза определяющие его продуктивные расстройства, по-видимому, исчезли, так как в течение короткого промежутка времени у Т. отмечалось правильное поведение. ООД было совершено в момент внезапного резкого усиления психических расстройств по типу "реакции короткого замыкания". Об интенсивности болезненных симптомов в этот период может свидетельствовать факт запамятования подэкспертным ряда своих поступков в момент совершения правонарушения и в ближайшее за ним время. Ско-

рее всего, резко усилившиеся психопатологические растройства сопровождались аффективно-суженным сознанием.

Психоз продолжался несколько дней (точных данных о его длительности нет) и, возможно, имел критическое окончание. Во всяком случае, при АСПЭК, проведенной через 12 дней после совершения Т. ООД, симптомов психоза у него выявлено не было. Внезапное развитие и острота психических расстройств, их непродолжительное существование, запамятование подэкспертным многих событий, связанных с совершенным правонарушением и последующим задержанием его сотрудниками милиции, наличие у Т. в прошлом черепно-мозговой травмы и отдельных неврологических симптомов явились поводом для диагностики у него сумеречного помрачения сознания в период совершения ООД при проведении ему СПЭ в Томской психиатрической больнице.

Психические расстройства вновь появились у Т. вскоре после того, как он начал отбывать срок накзания в ИТК. Они определялись слуховыми псевдогаллюцинациями императивного содержания, несистематизированными бредовыми идеями параноидной структуры и агрессивным поведением по отношению к окружающим. Состояние Т. с этого времени определялось, таким образом, галлюцинаторно-бредовым синдромом, в котором преобладал сенсорный компонент. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что с этого времени психические расстройства у Т. существовали непрерывно.

Таким образом, болезнь Т. имела прогредиентный характер. Эта прогредиентность проявлялась и в нарастании глубины продуктивных расстройств, и в особенностях их развития. В период существования у Т. аффективно-псевдогаллюцинаторных нарушений болезнь развивалась приступами, вначале с глубокими ремиссиями, а позже — с ремиссиями параноидного типа. С того времени, как у Т. возникло галлюцинаторно-бредовое состояние, болезнь приняла хроническое течение.

Диагноз: "приступообразно-прогредиентная шизофрения с постепенно усложняющейся клинической картиной приступов и сменой приступообразного течения непрерывным. Дебильность в легкой степени и остаточные явления перенесенной в прошлом ЧМТ обусловили преобладание на всем протяжении болезни сенсорных расстройств".

Наблюдение N 15. "К., 1930 г.р. Обвиняется в убийстве путем удушения трех несовершеннолетних детей. В Институт испытуемый поступил 18 декабря 1969 года. 20 января 1970 года он был представлен экспертной комиссии, но в связи с неясностью клинической картины срок пребывания испытуемого в Институ-

те был продлен на один месяц". Заключительная экспертиза состоялась 20 февраля 1970 года.

"Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела и медицинской документации известно, что родился он в Свердловской области, детские болезни перенес без осложнений. В восьмилетнем возрасте поступил в школу. Со слов брата испытуемого известно, что учился он плохо, часто убегал с уроков, дрался с товарищами, но "от природы дураком не был". После окончания 3-го класса был исключен из школы за плохую успеваемость и недисциплинированность. Около года не учился, помогал родным по хозяйству. В 1943 году убежал из дома, бродяжничал. Через несколько месяцев был задержан и доставлен к родным, но вскоре, летом 1944 года, вновь убежал из дома с цыганским табором, а затем якобы с военным эшелоном уехал на фронт, где стал воспитанником зенитного полка. Со слов испытуемого известно, что на фронте в 1944 г. он перенес воздушную контузию, в госпитале не лечился. Он был награжден медалью "За освобождение Варшавы". Вместе с первой группой демобилизованных в 1945 г. испытуемый вернулся на родину в г. Читу. Около года испытуемый нигде не работал и не учился, жил на иждивении родных, помогал по хозяйству, затем был принят учеником в артель детских игрушек. Работал также учеником сапожной артели, а с 1949 г. — бондарем на мясокомбинате г. Читы. Он иногда жаловался на головную боль, отличался своеволием, неуравновешенным характером.

В апреле 1949 г. он был впервые привлечен к уголовной ответственности "за кражу", осужден на 7 лет. Отбывал наказание на Чукотке. По словам испытуемого, он работал землекопом, плановое задание перевыполнял, взысканий не имел. Через 1 1/2 года был досрочно освобожден из ИТК. Работать стал завхозом в аэрогеологии. В 1953 г. он вновь возвратился к родным в г. Читу, вновь поступил на мясокомбинат, где работал подсобным рабочим. Часто конфликтовал с начальством. Из материалов уголовного дела известно, что в 1953 году снова за кражу испытуемый был привлечен к уголовной ответственности. В период следствия он проходил АСПЭК, был признан вменяемым и осужден на один год принудительных работ. В октябре 1954 года испытуемый снова привлечен к уголовной ответственности за кражу и вновь был осужден на 7 лет лишения свободы. В период следствия, по его ходатайству, его направили на АСПЭК. В акте отмечено, что испытуемый употребляет спиртные напитки с 13 лет, перед арестом работал грузчиком, жил с родными. При обследовании у него были отмечены: вялая реакция зрачков на свет, ассиметрия носогубных складок, а также явления эмоциональной лабильности при относительно сохранном интеллекте. Он

был признан вменяемым в отношении содеянного с диагнозом: “остаточные явления контузии головного мозга”. Из материалов дела известно также, что в местах лишения свободы он проявил себя с отрицательной стороны, нарушал лагерный режим, был “тесно связан с уголовно-бандитствующим элементом”. В последующем работал землекопом, норма выработки превышала 115%, он заслужил 171 зачетный день.

В декабре 1959 г. по зачету рабочих дней был досрочно освобожден из ИТК и возвратился к родным в г. Читу. В этот период он познакомился, а позже сожительствовал с гр. Г., которая сообщила, что в то время испытуемый работал арматурщиком, зарабатывал до 100 рублей в месяц, алкоголем не злоупотреблял. Он казался ей “не вполне нормальным”, так как по характеру был грубым, вспыльчивым, раздражительным, хотя быстро успокаивался. Примерно через 4 месяца испытуемый поссорился с ней и уехал “по договору” на стройку Братской ГЭС, работал землекопом, позднее — железнодорожным рабочим, рабочим рыболовецкой базы. Он часто менял места работы, так как, по его словам, “не уживался с начальством”. 21 июня 1962 года испытуемый был освидетельствован ВВК Читинского городского военкомата и с диагнозом: “постконтузионные изменения личности” был признан подпадающим под действие статьи 9-б, графы 1 приказа МО СССР N 279 от 7 августа 1961 года. В феврале 1963 г. испытуемый был осужден за кражу на 3 года. Из медицинской карты, имеющейся в деле, известно, что в лагере он жаловался на головную боль, головокружение, общую слабость. У него были отмечены явления гипотонии (АД 90/60).

В январе 1966 г. испытуемый был освобожден из ИТК, поселился в поселке Амурске Хабаровского края, где работал бетонщиком на строительстве целлюлозного комбината. Из свидетельских показаний Б., который жил с испытуемым в одной комнате общежития, известно, что у последнего “были не в порядке нервы”, иногда возникали сердечные приступы. Были случаи, когда испытуемый злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения несколько раз терял все имевшиеся при нем деньги. Б. сообщил также, что спал испытуемый неспокойно, проснувшись, говорил, что его кусали клопы и крысы. Однажды обвинял в разведении клопов и крыс Б. Со 2 по 9 апреля 1966 года испытуемый лечился в Амурской районной больнице в связи с жалобами на головную боль и неприятные ощущения в области сердца. В больницу он был помещен после обморочного состояния, возникшего после тяжелой физической нагрузки. В стационаре была диагностирована “травматическая церебрастения. Гипертоническая болезнь”. В этой же больнице испытуемый лечился с 20 по 27 февраля 1967 г. с жалобами на головную боль, головокружение, чувство онемения в руках и ногах. В стационаре у него наблюдался

истерический припадок. Выписан с диагнозом: "посттравматическая церебрастения, истерия". В материалах дела имеется служебная характеристика предприятия ПМК-473, где он работал с 16 октября 1967 года по 27 марта 1968 года. В характеристике отмечено, что к работе он относился добросовестно, но часто жаловался на кого-либо или на что-либо. Рабочие называли его "придурком". Он на это не сердился.

29 августа 1968 года испытуемый был освидетельтвован врачом-психиатром Петропавловского ПНД, который не выявил у него психотических расстройств и рекомендовал лечение в общей больнице с диагнозом: "посттравматическая церебрастения". В этот же день он был принят на стационарное лечение в Елизаветинскую районную больницу, где пробыл по 9 сентября 1968 г. При поступлении он рассказал дежурному врачу, что испытывает головокружение, головную боль, шум в ушах, ощущение, будто кто-то все время разговаривает, но ничего не видит. Сказал, что к нему "плохо относятся, что кругом беспорядок". Якобы несколько дней назад во время сна ему кто-то сделал укол в руку, после чего он стал себя плохо чувствовать. В отделении он был шумлив, суетлив, раздражителен. 4 сентября 1968 г. испытуемый был повторно освидетельствован психиатром, который подчеркнул отсутствие у испытуемого каких-либо психотических расстройств и вновь квалифицировал его состояние как "посттравматическую энцефалопатию". 11 сентября 1968 года испытуемый был вновь на приеме в Петропавловском психиатрическом диспансере. Врачом-психиатром отмечено, что 10 сентября 1968 года после неприятностей на работе у испытуемого появились слуховые галлюцинации, неправильное поведение, когда он пытался куда-то бежать, говорил не по существу. В день обследования, 11 сентября 1968 г., психотических расстройств у него не было. Диагноз: "травматическая церебрастения".

С 1 апреля 1968 г. по 20 сентября 1968 г. испытуемый работал разнорабочим, затем — сторожем геологической экспедиции. В служебной характеристике сказано, что за время работы он к своим обязанностям относился небрежно. Позднее он работал землекопом 3-го рязряда. 12 ноября 1968 г. испытуемый при падении с грузовика ударился затылком об лед. Был помещен в травматологическое отделение Магаданской городской больницы с диагнозом: "сотрясение головного мозга 1-й степени". В больнице у него отмечались ретроградная амнезия и ликворная гипертензия (250-280 мм. водного столба в положении лежа). Ликвор в лаборатории не исследовался. Выписан из стационара 23 ноября 1968 г. с диагнозом: "посттравматическая энцефалопатия". В последующем лечился в поликлинике N 1 г. Магадана.

Жаловался на головную боль, забывчивость, рассеянность. Диагноз: "травматическая энцефалопатия".

17 декабря 1968 г. он был освидетельствован психиатром, который рекомендовал продлить лечение "в условиях неврологического отделения". 24 декабря 1968 г. испытуемый был помещен в Магаданскую психиатрическую больницу, где находился на лечении 12 дней. При поступлении жаловался на сильную головную боль, рассказал, что ему несколько раз казалось, будто из-под кровати вылезает человек, что кто-то ходит следом за ним, что по ночам подкрадывались к нему, что товарищи его сторонятся. Однако в стационаре он вел себя правильно, психотических симптомов у него отмечено не было. Выписали его с диагнозом: "последствия перенесенной травмы головы, астенический синдром". После выписки из стационара находился на больничном листе, однако приступил к работе. Работал с отбойным молотком, после чего состояние его ухудшилось, появились головная боль, головокружение.

10 января был на приеме в ПНД в г. Магадане. Врачом было отмечено, что состояние его ухудшилось, но психотические явления у него не отмечаются. При повторном осмотре в ПНД 15 января была сделана запись, что у него плохой сон, что он порой бывает груб, манерен, подозрителен, но "до степени бредовых переживаний это не доходит". Диагноз: "остаточные явления черепно-мозговой травмы с паранойяльной психопатизацией личности. Состояние декомпенсации". В последующие дни его состояние настолько улучшилось, что 22 января 1969 г. он приступил к работе. Испытуемый рассказывал, что по работе ему пришлось выполнять трудное задание по прокладке труб, которое он закончил полностью 30 января 1969 г. В этот же день через несколько часов он случайно увидел, что кто-то ломом пробил еще не застывшее бетонное перекрытие труб, чем были сведены на нет все его усилия. Это его очень расстроило и "озлобило". В материалах дела содержится указание на то, что 31 января 1969 года в состоянии возбуждения испытуемый явился в диспансер, откуда его поместили в Магаданскую психиатрическую больницу с диагнозом: "состояние выраженной декомпенсации с паранойяльными включениями".

В больнице у испытуемого были отмечены элементы пуэрильности и дурашливости. Он был многоречивым, назойливым, однажды заявил, что санитары как-то "подмигивают друг другу и что-то ложкой кладут в пищу". Он конфликтовал с отдельными больными, подрался с подростком. Вскоре после проведения лечения (дегидратация, сульфозин, витамины) состояние его улучшилось и 17 марта 1969 года он выписан с диагнозом: "последствия травмы головного мозга, психопатизация личности, состояние компенсации".

Он возвратился в общежитие, но к работе не приступал. Комендант общежития К., знающая испытуемого с октября 1968 года, сообщила, что он не уживался с соседями, был злобным, раздражительным. Сосед испытуемого по общежитию А. сообщил, что в общежитии говорили о испытуемом как о психически ненормальном человеке, который отличается нетактичностью, шумливостью; он в нетрезвом состоянии заходил в любую комнату, обнимал жильцов, хвастался фронтовыми подвигами. Свидетель В., проживающий с испытуемым в одной комнате, рассказал, что он ведет себя очень дерзко, вступал в бесконечные ссоры, часто беспричинно бранился, иногда лаял, мяукал, мешал отдыхать рабочим общежития, вступал в драки, завлял, что он — "псих, больной" и что если он кого и задушит, то ему ничего не будет. Свидетель П. сообщил, что у испытуемого была "какая-то тяга к детям", он рассказывал им сказки, пел частушки. Оля Е., 10 лет, допрошенная в период следствия, сообщила, что испытуемый "очень плохо относился к девочкам, обнимал их, целовал, хватался за горло". Свидетель Нина Т. также сообщила о "влечении" испытуемого к детям, которых он обнимал и целовал. Из показаний Щ., 11 лет, известно также, что якобы испытуемый позвал трех мальчиков в лес и там их кусал. Рая Т., 10 лет, рассказала, что испытуемый приставал к девочкам, обнимал и целовал их; однажды он больно сдавил ей горло руками. Витя Д., 8 лет, говорил: "Дядя Леша плохой, он кусается и поднимает за шею, после чего бывает больно. Один раз он сдавил мне горло и укусил мою руку, после чего я плакал".

После выписки из больницы испытуемый решил переменить место работы. В течение нескольких дней он настойчиво добивался того, чтобы ему оплатили больничный лист, хотя он не являлся членом профсоюза. Он встречался с товарищами, выпивал с ними спиртные напитки, к нему приходила его знакомая, с которой он тоже пил вино. В беседе с кассиром Ф. он пожаловался на то, что после болезни его плохо встретили и он решил уехать. Получив причитающиеся ему деньги (114 рублей), он купил билет на самолет и 28 марта 1969 года вылетел в Николаевск-на-Амуре, где поселился в гостинице аэропорта. В течение нескольких дней он искал работу, выезжал в пригородные районы, где также обращался в различные учреждения с аналогичной просьбой. В ночь со 2 на 3 апреля 1969 года он был арестован в гостинице по обвинению в убийстве трех несовершеннолетних детей. В материалах дела содержатся сведения о том, что 25 марта 1969 года в г.Магадане, в квартире С-х, был обнаружен труп А.С., 7 лет, задушенной шерстяными рейтузами. 1 апреля 1969 года в г. Николаевске-на-Амуре, в квартире К., был обнаружен труп Т.К., 10 лет, задушенной с помощью шарфа. 2 апреля

1969 года в этом же городе, в квартире Я-х, был обнаружен труп Л.Я., 10 лет, задушенного полотенцем.

В процессе следствия свидетель Х. сообщил, что примерно с 23 февраля по 26 марта 1969 года он видел вблизи от дома С-х неизвестного мужчину. По фотографии он опознал испытуемого. Сходные фактические данные сообщила свидетельница Е., описавшая внешний вид гражданина, встретившегося ей 25 марта 1969 года около дома С-х. Кроме того, на месте происшествия в квартире К-х был обнаружен отпечаток пальцев испытуемого. Следствие получило косвенные улики, уличающие испытуемого в инкриминируемых ему деяниях, однако мотивы содеянного и подробности, касающиеся его поведения в то время и в настоящее время, неизвестны. Из материалов дела известно также, что испытуемый после ареста давал подробные свидетельские показания, целенаправленно доказывал свою непричастность к правонарушению. С 24 июля по 13 августа испытуемый находился на СПЭ в медсанчасти СИЗО города Читы, где был обследован врачами-психиатрами Читинской психиатрической больницы. В период обследования он каких-либо психотических явлений не обнаруживал. У него были выявлены лишь черты аффективно-волевой неустойчивости и некоторое снижение интеллектуально-мнестических функций по органическому типу".

"При обследовании в Институте имени профессора В.П.Сербского обнаружено следующее. Артериальное давление 120/80; 100/75 мм. рт. ст. Неврологическое состояние. Реакция зрачков на свет отсутствует. Левый зрачок шире правого. Выявляется выраженный вертикальный и горизонтальный нистагм. Слегка сглажена правая носогубная складка. Отсутствует коленный рефлекс справа, слева — снижен, слабоположительный симптом Брудзинского (нижний) с двух сторон. Ликвор от 13 января 1970 года. Белок 0,66 о/оо; цитоз — 5/3; реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательная; реакция Нонне-Аппельта положительная (++); реакция Ланге — 2332110000. Давление ликвора в положении лежа 180 мм. водного столба. ЭЭГ — "нарушения биоэлектрической активности диффузного характера, нерезко выраженные". Заключение невропатолога: "характер изменений нервной системы, данные офтальмолога (правый диск зрительного нерва чуть бледнее), увеличение количества белка в ликворе, реакция Ланге говорят в пользу сифилитического поражения нервной системы".

Психическое состояние. С первых дней пребывания в отделении Института испытуемый был шумливым, суетливым, капризным. Он многословно предъявлял претензии медицинскому персоналу на недостаточное внимание к нему, возмущался условиями содержания испытуемых, добивался выполнения своих прихотей и пожеланий. При этом он хвастливо заявлял, что он —

Герой Советского Союза, сын полка, совершивший подвиги. Утверждает, что он не совершал никаких преступлений и что следователи якобы "выбивали" из него признание, что его дело "подделано хористами". При расспросах об инкриминируемых ему деяниях он становился напряженным, грубым, злобным, выкрикивал бранные слов и угрозы в адрес следственных работников, которые "шьют чужое дело". В отделении Института он быстро подружился с отдельными испытуемыми, охотно о чем-то с ними беседовал, расспрашивал о порядке прохождения экспертизы. Наблюдения показали, что он обидчив, раздражителен, любит находиться в центре внимания соседей по палате, привлечь к себе внимание окружающих. Он охотно участвует в настольных играх, помогал персоналу при уборке отделения, рассказывал соседям по палате смешные истории, обнаруживал склонность к хвастовству. В беседах с врачами он подробно и последовательно, даже излишне обстоятельно, рассказывал о себе, обнаруживал при этом правильную ориентировку в месте, времени и собственной личности; рассказал о событиях военных лет, участником которых он был. Сказал, что одна военная операция якобы дает ему право претендовать на звание Героя Советского Союза. Пояснил, что об этом говорили ему знакомые, командир подразделения и другие лица. Вместе с тем, рассказывая о себе, он старается скрыть сведения, компрометирующие его и преувеличить все, что могло бы характеризовать его с положительной стороны. В связи с присущей ему фамильярностью, хвастливостью, назойливостью у него часто возникали ссоры с соседями по палате, с которыми он скоро мирился. Однажды он обвинил соседа в том, что последний в ночное время колет ему проволокой плечо. Впоследствии оказалось, что испытуемый просил соседа разбудить его, если он во сне будет что-то говорить, и последний действительно приподнял одеяло и посмотрел на сонного испытуемого, так как последний во время сна бранился. Испытуемый грозил "свести счеты" с этим соседом, но уже через день вновь с ним помирился и охотно рассказывал ему о своих похождениях.

По наблюдениям медицинского персонала, испытуемый обнаруживал повышенную сексуальность, пытался обнимать санитарок, старался прижаться к ним, он сажал к себе на колени отдельных молодых испытуемых. Один из них пожаловался медицинской сестре, что испытуемый пытался ввести ему палец в заднепроходное отверстие. Часто обижая физически слабых, испытуемый всегда учитывал ситуацию, старался держаться в стороне от наиболее физически сильных испытуемых, заискивал перед ними, льстил им.

В процессе обследования испытуемого было установлено, что запас его знаний ограничен, однако соответствует полученному им образованию и жизненному опыту. Суждения его были конкретны, но последовательными и логичными. Он правильно объяснял переносный смысл несложных пословиц и поговорок, пересказывал содержание виденных фильмов, обнаруживал знание многих положений Уголовного Кодекса. Испытуемый старался доказать свою непричастность к содеянному, говорил, что он никогда не совершал и не совершит преступления против детей, которых он якобы очень любит, выдвигал в свою защиту различные правдоподобные версии. За время пребывания в Институте у него не было выявлено каких-либо психотических симптомов (бреда, галлюцинаций)".

Из дневников среднего медицинского персонала (дополнение автора).

"19 декабря 1969 года — недоволен пребыванием в Институте, говорит, что ему дали плохое нательное и постельное белье. Многоречив, навязчив, на вопросы отвечает многословно; 20 декабря: он — заслуженный человек, и ему необходимо особое отношение; 22 декабря — весь день требовал врача, разъяснений не слушает, в своих требованиях настойчив, с персоналом груб; 25 декабря — весь вечер пел песни, смешил всех больных; 27 декабря — дурашлив, поведение неадекватное".

Запись дежурного врача: "Больной может совершить непредвиденные действия. При обходе выяснилось, что сегодня он злобен, агрессивен, недоволен. Просьба к мед. персоналу усилить за ним надзор, фиксировать все его высказывания и вести ежедневный дневник".

"30/XII — ночью спит беспокойно, во сне нецензурно выражается, громко выкрикивает отдельные слова, будит всех больных, выходит в туалет, громко стучит в дверь, на замечания бранится; 1/I 1970 г. — возбудил против себя всю палату. М. и К. предупредили дежурного — если не успокоят, они его поколотят; сам же К. во время беседы с дежурной сестрой в ее присутствии грозил больным и дежурному ключевому; был выведен в наблюдательную палату, оказал сопротивление; вечером долго шумел, ругался на ключевых, отказывался принимать таблетки; после беседы с дежурным врачом успокоился; 2/I 1970 г. — возбужден, груб, оскорбляет персонал, угрожал дежурной сестре расправой, громко нецензурно бранился, на замечания реагировал грубостью, долго не засыпал, уснул под утро; 4/I — злобен, напряжен, требовал перевода в общее отделение, вызвал лечащего врача для беседы, считает, что его несправедливо перевели в наблюдательную палату; 5/I — злобен, оскорбляет персонал, угрожает расправой, требует перевода в общую палату, ночь спал спокойно; 6/I — днем был в большом возбуждении, пел песни, многоречив,

речь несвязная, перескакивает в разговоре с одного предмета на другой, быстрая смена настроения: 7/I — с утра в хорошем настроении, приветливо разговаривал с персоналом".

Запись врача: "Дневник вести ежедневно!!!"

"8/I — настырен, без конца ходит в процедурный кабинет, без дела слоняется по палатам, на замечания злобно реагирует, с вечера долго не засыпал; 10-11/I — долго играть не может, больные неохотно играют с ним в настольные игры, быстро возбудим, скандален. 12/I — проведено кофеин-барбамиловое растормаживание, больной громко пел, охотно беседовал с врачами, весь день и вечер был оживлен, пел, плясал, кукарекал как петух. Вечером ходил по палатам, пытался шутить с больными, балагурил, громко смеялся, долго не мог заснуть; 14/I — после в/в введения глюкозы с уротропином (после взятия ликвора) был подозрительным, попросил м/с дать попробовать — что ему ввела; сказал, что "ее брат находится в Магадане и она с ним заодно". И еще сказал: когда его сюда привезли, то ее сестра сказала: "Если его признают вменяемым, то его расстреляют". 15/I — злобен, без конца требует дежурную сестру, леч. врача, высказывает массу жалоб, настроен против медсестры; то просит у м/с таблетки — потом говорит, что все отравлено; во сне громко выкрикивает ругательства; 16/I — считает, что его хотят отравить; злобен; ест все; много лежит, строго соблюдает постельный режим (после пункции), всем недоволен, долго не спал; 17/I — настроение хорошее, пел целый день, играл в домино; ночь спал хорошо; 19/I — многоречив, без конца ко всем цепляется; в разговоре, в беседе непоследователен; с больными груб, но понимает превосходство силы: к сильным, кто может дать, не лезет — достаточно одного слова тех, и он уходит; 21/I — хорошее настроение, Т.В. подарил цветок, вырезанный из фантика; днем пришел в процедурный кабинет — сказал, пришел посмотреть на Т.В.; 22/I — подвижен, любит устраивает возню — больные его недолюбливают за это; легко возбудим, на замечания реагирует злобно; вечером все приставал с расспросами к Н.; 23/I — внешне спокоен, многоречив; к вечеру был оживлен, многоречив; 26/I — натирал полы в отделении, был возбужден; настроение очень нервное, моментально раздражается — но в то же время, видя, что против него остальные, быстро меняет свое настроение, становится трусливым, робким; 28/I — вязок, назойлив, спрашивает у персонала одно и то же; вечером отбивал чечетку в палате; 1/II — днем вытанцовывал чечетку, расковырял себе нос, не хотел его обработать; нередко настроение резко меняется — от буйно-веселого до тоскливого; 2/II — весь день был внешне спокоен, пел песни; вечером едва не завязалась драка — больной всех оскорблял в палате, и те обещали его побить; вмешательство

дежурного по коридору спасло К. от драки; больной на всех прыгает, много и беспрерывно кричит; 4/II — не любит медсестру Т.В. Говорит, она — шпионка, подосланная: делала в/в ему воду, и вот до сих пор болят руки. 7/II — больные не верят ему, прямо говорят: "Ты придуриваешься". 8/II — предлагает Н. сексуальности, везде его преследует, не дает садиться на стульчак, подходит к нему; 12/II — убежденно говорит, что ночью к нему кто-то приходит, делает ему уколы, говорит пошлости; 14/II играл в домино, весел, беспечен, сексуален к персоналу; 17/II — утром в плохом настроении, среди ночи во сне запел; 19/II — крайне сексуален к санитаркам, весь день добивался, чтобы его положили около поста санитарки; 20/II — был на комиссии; спросил у д/с, что это была ему комиссия; был внешне спокоен, сказал, что он здоров: "Они хотят меня сделать дураком"; 21/II сексуален к Ф.: сажает последнего на колени, снимает брюки, трусы; на замечания реагирует злобно, цинично".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. обнаруживает признаки органического поражения головного мозга (обусловленного последствиями перенесенных им закрытых травм головы и, по-видимому, нейросифилисом) в форме психопатоподобного синдрома. Настоящий диагноз подтверждается данными объективного анамнеза, выявленными у него при настоящем исследовании аффективно-волевыми расстройствами по психопатическому типу, сочетающимися с церебрастеническими проявлениями и некоторым снижением интеллекта по органическому типу, а также неврологической симптоматикой и данными изменения спинномозговой жидкости. Однако степень имеющихся у К. психических изменений не столь значительна, чтобы лишать его способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Он понимает противоправность содеянного, активно и целенаправленно защищает свои интересы, его суждения последовательны, он правильно оценивает создавшуюся ситуацию, у него отсутствуют психотические симптомы. В период, относящийся ко времени совершения инкриминируемых ему деяний, он также не обнаруживал признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности. Предшествующие правонарушению помещения К. в психиатрическую больницу были связаны с физическим переутомлением или психогенными поводами; в его психическом состоянии в больнице психотических явлений или симптомов слабоумия не наблюдалось. В дальнейшем, после выписки из больницы, поведение К. в целом, судя по объективным данным, полученным в ходе следствия, отличалось продуманностью, целенаправленностью, дифференцированностью: добился получения денег, искал подходящую работу, с учетом ситуации посещал соответствующие инстанции и товарищей, не проявляя

при этом психотической симптоматики. Поэтому в отношении инкриминируемых ему деяний К. следует считать вменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — октябрь 1971 года).

"Дело по обвинению К. в 1970 году дважды рассматривалось Хабаровским краевым судом, К. дважды приговаривали к смертной казни. 24 марта 1971 года Президиум Верховного Суда РСФСР поставил под сомнение психическую полноценность К. и возвратил дело по его обвинению на доследование.

Как видно из материалов уголовного дела, К. на допросах вел себя неправильно, часто становился злобным, агрессивным, набрасывался на следователя. Заявляет, что на него действуют электрическими аппаратами, "создают повышенное давление", хотят его уничтожить. Сообщил, что он обнаружил много шпионов, долгое время выслеживал их, "в связи с чем переезжал с места на место". Рассказал, что в 1956 году обнаружил и обезвредил целую шпионскую организацию, у представителей которой имелись, по его наблюдению, определенные знаки на правом плече. Говоря о юношеском возрасте, заявлял следователю, что ушел на фронт по завещанию соседки, которая "приказала ему спасать Родину". В связи с подобным поведением К. была назначена повторная СПЭ в Институте".

"Повторно поступил в стационар Института 25 октября 1971 года в связи с сомнениями в правильности заключения о психическом состоянии и вменяемости испытуемого, данного при стационарном обследовании в Институте 20 февраля 1970 года".

"Со слов испытуемого, его родственников, из материалов уголовного дела и медицинской документации" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Отец злоупотреблял алкоголем. Родственники сообщили, что испытуемый в детстве был непослушным, непоседливым, постоянно был лохматым, неопрятным, ходил раздетым, даже зимой, иногда бегал по селу совершенно голым. Все свидетели, знавшие его в детстве, отмечали, что он был очень подвижным, поднимал как-то голову кверху, быстро водил глазами, говорил неразборчиво. Друзей не имел, постоянно бегал по селу один, всех задевал, часто дрался с подростками. Учился плохо, пропускал занятия, несколько раз убегал из дома, одно время был в цыганском таборе. Согласно показаниям командира войсковой части, испытуемый был разведчиком на батарее. В 1944 году перенес контузию. Как видно из военного билета, контузия была легкой. В госпитале испытуемый не лечился, однако, по словам командира части, стал заикаться, изменился по характеру, стал флегматичным. По свидетельству родственников и знакомой, испытуемый

в 1945 году возвратился из армии, увешанный орденами, хотя получил лишь медаль “За освобождение Варшавы”.

После возвращения из армии он постоянно жаловался на головные боли, долгое время нигде не работал и не учился, бродяжничал, много рассказывал о своих подвигах во время войны. Если ему не верили, становился агрессивным, злобным. Был случай, когда испытуемый привязал медали собаке на шею и водил ее по улицам. Во время работы завхозом в аэрогеологической группе он мог вести себя не совсем правильно: был назойлив, дурашлив, однажды взял огнетушитель и пристраивал его к самолету, изображая винт, за что был уволен. Во время работы на Братской ГЭС, по сведениям многочисленных свидетелей, испытуемый отличался странным поведением. Он не следил за своей внешностью, был неряшливым. Никаких интересов и увлечений у него не было, он постоянно находился в общежитии. Несмотря на то, что по характеру он не был замкнутым, друзей и близких знакомых у него не было. Свидетель С. сообщил, что испытуемый мог среди нормального разговора внезапно закричать, выкрикивая несвязные слова, говорил о не относящихся к делу событиях. Ко всем людям — знакомым и незнакомым, детям и начальству — относился одинаково. Хлопал по плечу, обнимал. Часто без всякой причины плакал, затем так же внезапно начинал петь, плясать. Иногда целыми неделями не ходил на работу, иногда на работе кричал, что умирает, вызывал “скорую помощь”. По дороге испытуемый выпрыгивал из машины, начинал петь, плясать. Неоднократно заявлял в те годы, что имеет заслуги перед Родиной и его должны наградить, собирался писать в Москву по этому поводу. Все свидетели заявляют, что считали его психически неполноценным. З. рассказывает, что испытуемый внезапно становился агрессивным; так, помогая им делать погреб, он внезапно начал бросать в них кирпичами. И. сообщил, что испытуемый поднимал непосильную ношу или с опасностью для жизни залезал под работающий кран.

В феврале 1963 года испытуемый был осужден за заранее обещанное укрывательство украденных Х-ым денег у пьяного. Будучи в местах лишения свободы, испытуемый систематически сопротивлялся установленному режиму, со всеми конфликтовал, “проявлял склонность к пустому разговору”, неоднократно наказывался администрацией. В 1966 году испытуемый был освобожден и поселился в поселке Амурск Хабаровского края. Из материалов дела известно, что, проживая в Амурске, испытуемый начал подозревать граждан во вредительстве, неоднократно обращался в органы государственной безопасности с жалобами на то, что на производстве не ценят его заслуги. Как видно из показаний Б., проживавшего с испытуемым в одной комнате, испытуемый страдал бессоницей, часто жаловался на головные боли,

сердечные приступы. Иногда ночью кричал, что у него останавливается сердце. Неоднократно заявлял, что его кусают клопы и крысы, обвинял Б. в разведении клопов и крыс. В первом полугодии 1967 года испытуемый вел себя странно, подозревал людей в шпионаже, конфликтовал, постоянно носил с собой портрет Дзержинского, доказывая этим свою преданность Родине и причастность к органам госбезопасности. Сотрудники суда г. Николаевска показали, что в 1966 году испытуемый два дня посещал суд, вел себя назойливо, разыскивал по существу неизвестную ему секретаршу, рассказывал о каких-то личных взаимоотношениях с ней. В 1968 году прислал в суд письмо с просьбой разыскать секретаршу. В тот период времени испытуемый давал различные сведения о своем семейном положении — то говорил, что он женат и имеет двух детей, то заявлял, что жену убил из-за ревности, а дети воспитываются у теток. В 1967-68 гг. испытуемый иногда обвинял товарищей по работе в плохом к нему отношении, заявлял, что ему по ночам делают какие-то уколы, от которых ему становится плохо, отказывался работать вместе с подозреваемыми им рабочими, называл их предателями, шпионами. Многие свидетели сообщают, что испытуемый постоянно жаловался на головные боли, плохо спал по ночам, мог внезапно начать петь, плясать, лаять по-собачьи, выл, кричал "нечеловеческим голосом". Друзей не имел, несмотря на то, что был общительным. Часто без причины становился агрессивным, набрасывался на окружающих, кусал их, царапал. Часто обнимал, целовал мужчин и женщин. Свидетельница Д. рассказала, что однажды испытуемый принес ей все свои вещи и попросил спрятать их, так как он "понял", что его должны обворовать. Свидетели отмечают, что отношение испытуемого к детям привлекало их внимание и настораживало. Он обнимал детей, целовал их, брал руками за горло, много денег тратил на конфеты для посторонних детей.

29 августа 1968 года испытуемый был помещен в терапевтическое отделение. При поступлении жаловался на головные боли, головокружение, шум в ушах, ощущение, что все время кто-то разговаривает рядом. Заявлял, что к нему все плохо относятся, что кругом беспорядки. Сообщал, что за последние несколько дней до поступления в больницу ему кто-то ночью сделал укол в руку, после чего он стал себя плохо чувствовать. В дневнике за 2-3 сентября 1968 года врачом отмечено, что галлюцинаторный синдром держится. Однако при осмотре психиатра 4 сентября 1968 года психотических расстройств не выявлено. 11 сентября 1968 года испытуемый был на приеме у психиатра. В амбулаторной карте отмечено, что 10 сентября 1968 года у испытуемого после неприятностей на работе появились слуховые галлюцина-

ции, неправильное поведение: он пытался куда-то бежать, говорил не по существу. Однако в момент осмотра психотической симптоматики выявлено не было. 31 января 1969 года испытуемый в состоянии возбуждения был доставлен в психиатрический диспансер, откуда его направили в Магаданскую психиатрическую больницу с диагнозом: "состояние выраженной депрессии с паранойяльными включениями". В истории болезни отмечены дурашливость испытуемого, некоторая переоценка собственной личности. Он возмущался помещением в больницу, заявлял, что советские люди волнуются из-за того, что испытуемого держат в больнице. Был многоречивым, назойливым. Однажды заявил, что санитары подмигивают друг другу и что-то кладут в пищу. Неоднократно заявлял, что его преследуют подростки и что в связи с хулиганством детей "надо переделывать работу".

17/III 1969 года испытуемый был выписан с диагнозом: "последствия травмы головного мозга, психопатизация личности". Испытуемый возвратился в общежитие, но к работе не приступал. Окружающие по-прежнему отмечали странности в его поведении: он беспричинно набрасывался на жильцов, кусал их, пытался душить, почти не спал по ночам. Во время предварительного следствия испытуемый вел себя неправильно: не отвечал на вопросы или говорил не по существу, часто во время допроса пел, плясал, ловил "несуществующих" мотыльков.

С 24 июля 1969 года по 12 августа 1969 года он находился на стационарной экспертизе в следственном изоляторе г. Читы, где был обследован врачами-психиатрами Читинской психиатрической больницы. В акте N 213 у испытуемого отмечены черты аффективно-волевой неустойчивости, неуживчивости в коллективе, склонность к конфликтам, лживость, обстоятельность, вязкость мышления. Будучи на экспертизе, заявлял, что он — незаурядная личность, с 14 лет боролся за справедливость. Рассказал, что из разговоров служащих Хабаровской прокуратуры понял, что он награжден званием Героя, но от него это скрывают, чинят всякие препятствия, вредят как ленинскому большевику, комсомольцу, подкладывают что-то в пищу, подбрасывают заразных мышей, которые кусают его за грудь в области сердца, делают уколы в руки, помещают в газовую камеру. Мнение экспертов разделилось. Одни считали его вменяемым с диагнозом: "обнаруживает остаточные явления перенесенной травмы головы с психопатизацией личности". Другие признавали испытуемого невменяемым, как "психопатическую личность с паранойяльным развитием".

"При обследовании в Институте в настоящее время выявлено следующее. В неврологическом статусе: левый зрачок шире правого, отсутствует реакция зрачков на свет. Ослаблена конвергенция, вертикальный нистагм; справа слегка сглажена носогубная

складка; коленные рефлексы живые, справа выше; ахилловы живые, равномерные; брюшные рефлексы слева ниже, слабо положительный симптом Брудзинского (нижний) с двух сторон. На глазном дне незначительное расширение вен. На электроэнцефалограмме: "умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности, несколько больше выраженные в передних отделах правого полушария. Отмеченные изменения усиливаются после функциональных нагрузок". Заключение невропатолога: "органическое поражение центральной нервной системы". Реакция Вассермана на сифилис в крови отрицательная.

Психическое состояние: испытуемый доступен формальному контакту, сведения о себе сообщает непоследовательно, речь его быстрая, монотонная. Во время беседы манерен, гримасничает. Сообщил, что несколько лет назад его сделали "мимиком", прорезав уши таким образом, что он может слушать все, что может происходить за много километров от места, где он находится, может передавать мысли через прорезанные уши за тысячи километров. Испытуемый рассказал, что в 1956 году "услышал слух" о войне во Вьетнаме. Тогда по поведению некоторых людей понял, что в 1970 г. враги нападут на Россию. С тех пор постоянно "разрабатывал план избавления от них", впоследствии "своей мимикой" загнал несколько миллионов врагов и предателей в подземелье городов Хабаровска и Москвы. Утверждает, что четыре раза спас Россию от гибели, имеет много заслуг перед народом, в связи с чем подвергался преследованию иностранных шпионов. Так, однажды ему специально сделали "китель с тремя пуговицами": по взглядам окружающих он понял, что это "знак английской разведки"; оторвав одну из пуговиц, превратил китель в "советское слово". Испытуемый сообщает, что в его теле в прошлом находилось 15 "иститов — маленьких ушей, которые впоследствии уничтожили электронными аппаратами". В настоящее время внутри его находятся давно умерший дед, бабка, отец, мать — "в уменьшенном виде"; они "прилипли к позвоночнику", они постоянно разговаривают с ним, дают советы. За спиной он постоянно чувствует "присутствие Святой Троицы" (трех ангелов), которые часто приказывают ему молчать, а сами "его языком" отвечают собеседнику. В течение длительного периода времени он ощущает на себе действие электронных аппаратов; телевизионными установками берут картины из его мозга и "изображают их на стенах домов и площадях". Утверждает, что на втором этаже в Институте специально установили телевизионные аппараты, при помощи которых каждый может увидеть его мозг, его мысли и "дырку в мозге и два щита". При разговоре о правонарушении испытуемый становится злобным, напряженным, заявляет, что он не виновен в убийстве, что это дело

шпионов и провокаторов, которые хотят от него избавиться. В отделении испытуемый ничем не занят, необщителен, большую часть времени проводит в постели, постоянно закрывается одеялом с головой — утверждает, что сверху на него действуют аппаратами, засыпают легкие песком. К обслуживающему персоналу относится недоверчиво, злобно. Эмоционально испытуемый неадекватен, холоден к близким. Мышление его непоследовательное, паралогичное, с элементами символики. К своему положению и создавшейся ситуации он относится некритически".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Это заключение подтверждается анамнестическими сведениями и данными уголовного дела о наступивших еще в детском возрасте изменениях личности испытуемого в виде замкнутости, отгороженности, немотивированной враждебности к близким, дурашливости, бредовой настроенности к окружающим с присоединением в последующем галлюцинаторно-бредовой симптоматики, а также выявленными при настоящем обследовании свойственными шизофрении нарушениями восприятия (слуховые галлюцинации и псевдогаллюцинации), мышления (непоследовательность, паралогичность, элементы символизма и разорванности, бредовые идеи воздействия, преследования, величия, синдромом психического автоматизма) и эмоционально-волевой сферы (недоступность, неадекватность, эмоциональная холодность). Поэтому, как душевнобольного, в отношении инкриминируемых ему деяний К. следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию он представляет общественную опасность и нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа".

Анализ болезни К., проведенный автором

Болезнь началась в детстве. Первоначальные расстройства в это время и ранние школьные годы определялись наличием гипердинамического синдрома и повышенного аффекта. Гипердинамический синдром проявлялся непродуктивным двигательным возбуждением, агрессивным поведением, отсутствием какого-либо интереса к учебе, невнимательностью, отвлекаемостью, стереотипными движениями (например, движения головой) и регрессом поведения (бегал по деревне полуодетым и даже голым). Последние два симптома, а также наличие импульсивной агрессивности указывают на существование в структуре гипердинамического синдрома кататонических расстройств.

В пубертатном возрасте возникает гебоидный синдром: бродяжничество, употребление алкоголя, возможно, воровство (К. в течение определенного времени кочевал с цыганским табором). Примерно с возраста 15 лет у подэкспертного начинает преобладать гипоманиакальное настроение. Оно проявлялось то "веселой гипоманией", но чаще — гипоманией с дурашливостью, псевдологией, злобностью, агрессивным поведением. Психические нарушения уже в юношеском возрасте сопровождались выраженной социальной дезадаптацией. Она проявлялась в частых сменах мест работы, в отсутствии постоянной специальности, в частых увольнениях подэкспертного за нарушение дисциплины и в ссорах с окружающими. Социальная дезадаптация сопровождалась криминальным поведением, неоднократными осуждениями, нарушениями дисциплины в местах лишения свободы. Временами у К. отмечались периоды полной безработицы.

Приблизительно к 35-36 годам к гипоманиакальному состоянию присоединяются несистематизированные бредовые идеи, преимущественно параноидной структуры: подозрительность, мысли об отравлении, о нанесении физического вреда, о недоброжелательном к нему отношении. Параноидные идеи распространялись в это время на лиц ближайшего окружения, то есть отличались еще и "малым размахом".

Перенесенная К. легкая черепно-мозговая травма (1968 год) повлекла за собой не только усиление бывших у него и ранее церебрально-органических жалоб, впервые появившихся после легкой контузии взрывной волной (1944 год), но и усиление существовавших ранее психопатологических расстройств — гипоманиакального настроения и бредовых идей параноидной структуры. В этот же период у К. начали возникать эпизоды вербальных галлюцинаций и отчетливо усилились внезапно появлявшиеся агрессивные, в том числе и импульсивные, поступки: "без причин набрасывался на жильцов, кусал их, пытался душить". Сходное поведение отмечалось у К. и по отношению к детям. Таким образом, черепно-мозговая травма способствовала также и появлению импульсивных, скорее всего кататонических по своей природе, нарушений.

Психическое состояние К. в период первой СПЭ в Институте во многом определялось теми же расстройствами, которые существовали у него в последние полтора-два года до этого. Аффективные нарушения определялись то "веселой" гипоманией, то гипоманией с дурашливостью, то возникновением на фоне повышенного настроения злобности и агрессивности. Повышенный аффект был изменчивым. Отмечалось его частое усиление в вечерние и ночные часы. В это время у подэкспертного могло возникнуть настоящее маниакальное состояние. Об усилении аффективных расстройств свидетельствует временный перевод К.

в наблюдательную палату. Бредовые идеи, существовавшие у К. и до времени проведения СПЭ в Институте, отмечены медицинским персоналом. Им же отмечена выраженная "скачка идей" и временами — речевая бессвязность. О существовании у К. в это время негативных симптомов могли свидетельствовать такие явления, как отчетливое снижение критического отношения к своему состоянию и содеянному. К. знал о возможном для него наказании и, вместе с тем, не придавал этому какого-либо значения — в частности, после проведения ему СПЭ "весь день был спокоен, много спал", а в последующем был "сексуален" и т.д.

Дальнейшее усложнение психического состояния подэкспертного определялось развитием синдрома галлюцинаторно-конфабуляторной парафрении. Галлюцинаторные расстройства проявлялись в первую очередь разнообразными идеаторными психическими автоматизмами и рече-двигательными галлюцинациями — "его языком отвечают". Психический автоматизм сопровождался бредом психического и физического воздействия. Одновременно у подэкспертного отмечались вербальные галлюцинации. Конфабуляторный бред имел преимущественно экспансивное содержание — идеи величия, мессианства (планы спасения России), религиозного характера. Особенность экспансивного бреда — в его детском и наивном характере. Параноидные высказывания отступали на второй план. Бредовые расстройства к периоду второй СПЭ приняли ретроспективный характер. В высказываниях К. встречались единичные неологизмы и элементы речевой бессвязности. Их наличие всегда свидетельствует о большой давности заболевания. Следует отметить, что "органические вредности" — контузия взрывной волной и перенесенная в последующем ЧМТ — оказали, возможно, провоцирующее влияние на возникшую эндогенную симптоматику: в первом случае он стал "флегматичным", то есть не исключено, что у К. непосредственно после контузии возникло субдепрессивное состояние; явное ухудшение психического состояния произошло после ЧМТ. В структуре парафренного состояния сенсорный компонент выражен сильнее бредового, что также может указывать на патопластическое значение "органической вредности".

Диагноз: "непрерывная бредовая шизофрения (галлюцинаторный вариант), парафренное видоизменение клинической картины".

ГЛАВА IV

Подэкспертные с первоначально установленным, а в последующем отвергнутым диагнозом шизофрении

(четвертая группа)

В группу вошло 58 человек, из них мужчин — 56 и женщин — 2 человека.

Генеалогический фон. Наследственное отягощение шизофренией, неуточненными психическими болезнями, алкоголизмом, самоубийствами и лицами с аномалиями характера было выявлено в семьях 29 подэкспертных, то есть в половине всех наблюдений (табл. 1). У 13 подэкспертных наследственное отягощение было впервые выявлено или существенно дополнено при второй, и изредка — при последующих СПЭ. Описания качественных особенностей наследственного отягощения лиц, страдающих психическими болезнями, не приводилось. У лиц с пограничными психическими расстройствами (аномалии характера, алкоголизм) в части случаев отмечались такие характерологические черты, как деспотизм, жестокость, эмоциональный изъян. Соотношение числа родственников с психическими болезнями (39 человек) с числом родственников с пограничными психическими расстройствами (16 человек) составило 2,4:1.

Преморбидная личность. К периоду первой СПЭ у 1/3 подэкспертных (20 человек) описание личностных черт отсутствовало. Среди остальных обследуемых первое место занимали лица возбудимого типа. Возбудимость могла сочетаться с легкой дебильностью, реже — с шизоидными, и в единичных случаях — с истерическими чертами характера. Второе место занимали лица шизоидного, преимущественно шизоидно-сензитивного, круга.

У 2/3 подэкспертных (39 человек) в пубертатном и юношеском периодах были выявлены отсутствовавшие ранее характерологические черты и (или) психические нарушения. В пубертатном периоде обычно возникали новые личностные особенности, в первую очередь психопатические черты гебоидной структуры, и в единичных случаях наряду с ними возникали транзи-

торные бредовые расстройства. В юношеском возрасте обычно встречались неразвернутые скоропроходящие бредовые и галлюцинаторные симптомы, и лишь изредка — отсутствовавшие до этого времени новые личностные психопатические черты.

Более чем у 2/3 подэкспертных в пубертатном периоде, юности и в ближайшие за ними годы возникали аффективные расстройства — субдепрессивные, гипоманиакальные и биполярные. В пубертатном периоде они чаще существовали дни, в юности и позже — недели и более.

У значительного числа подэкспертных до того времени, как они были направлены в Институт на первую СПЭ, в анамнезе были отмечены дополнительные вредности.

1/3 обследованных (20 человек) употребляла токсикоманические средства — преимущественно алкоголь, значительно реже — анашу и препараты опия (табл. 2). Сведения об употреблении алкоголя и наркотиков в динамике отсутствовали. Хронический алкоголизм и наркомания были выявлены сотрудниками Института у 4-х человек — по два человека в каждой группе. Из употреблявших токсикоманические средства 2/3 подэкспертных (19 человек) начали их прием в пубертатном периоде и в юности.

"Органические вредности" до проведения первой СПЭ в Институте были выявлены более чем у половины подэкспертных — 32 человека (табл. 3). Как видно из таблицы, доминировали черепно-мозговые травмы (30 человек), преимущественно легкие. В детском возрасте у двоих подэкспертных после легкой черепно-мозговой травмы и гриппа возникли единичные судорожные припадки, спонтанно прекратившиеся через несколько лет. У большей части обследованных перенесенные "органические вредности" не влекли за собой появления отчетливых и продолжительных церебрально-органических симптомов. Там, где они существовали, их последующие проявления обычно носили регредиентный характер. В части случаев церебрально-органические жалобы отсутствовали. В единичных случаях к периоду первой СПЭ в Институте у подэкспертных отмечались отдельные церебрально-органические жалобы. Выявленная при первой СПЭ в Институте неврологическая симптоматика расценивалась консультантом-невропатологом обычно как резидуальная. 2/3 подэкспертных (21 человек) перенесли "органические вредности" в первые 20 лет жизни.

Половина подэкспертных (30 человек) до проведения им в Институте первой СПЭ лечилась у психиатров — как правило, в условиях психиатрического стационара (табл. 4). Как видно из таблицы, у этих лиц в половине случаев была диагностирована шизофрения, а у 6 человек шизофрения являлась вторым, предположительным диагнозом.

Более чем у половины подэкспертных (32 человека) до первой СПЭ отмечалось криминальное поведение, повлекшее за собой осуждение и лишение свободы. Среди этих лиц 2/3 (23 человека) совершили первое ООД в возрасте до 20 лет. В период пребывания в ИТК значительная часть осужденных неоднократно или постоянно нарушала установленный режим содержания, в связи с чем подвергалась различным, нередко многочисленным, административным взысканиям.

ВВК были признаны годными к несению военной службы и призваны в армию 23 человека. Из них были демобилизованы на общих основаниях 9 человек; 12 были демобилизованы досрочно, почти все — по состоянию психического здоровья. Два человека в период прохождения воинской службы совершили правонарушения и были осуждены. 35 человек не были призваны в армию в связи с диагностированными у них ранее психическими заболеваниями или совершением ООД.

Социальная адаптация к периоду первой СПЭ в Институте оставалась сохранной лишь у 4-х человек, находившихся в возрасте после 20 лет. У остальных подэкспертных социальная адаптация была в той или иной степени снижена — вплоть до полной социальной дезадаптации (табл. 5).

Формы ООД, совершенные подэкспертными, направленными в Институт на первую СПЭ — см. табл. 6. Как видно из таблицы, несколько менее 1/4 из них (13 человек) совершили тяжкие противоправные деяния.

Распределение подэкспертных по возрасту к периоду первой СПЭ в Институте — см. табл. 7. Как видно из таблицы, более половины всех подэкспертных (32 человека) находились в возрасте от 16 до 25 лет.

Первоначально установленный в Институте диагноз шизофрении был обоснован в заключениях СПЭК у половины подэкспертных (28 человек) данными анамнеза и психического статуса, у 1/4 подэкспертных — данными одного психического статуса; у остальных подэкспертных диагноз шизофрении лишь констатировался.

При обосновании диагноза шизофрении первостепенное значение имела квалификация негативных расстройств. Во всех случаях она выражалась примерно одной и той же формулировкой: “Об этом свидетельствуют имеющиеся у него характерные для шизофрении симптомы — такие, как выраженные расстройства мышления (резонерство, паралогичность, соскальзывания, символическое толкование происходящих вокруг него событий ... манерность, неадекватность мимики, аутичность, амбивалентность), эмоционально-волевой сферы (эмоциональная уплощен-

ность, безразличие, малодоступность, пассивность, равнодушие, неадекватность, импульсивность, монотонность)".

В таблице 9 показано, как был сформулирован в заключениях СПЭК Института установленный первоначально диагноз шизофрении. Как видно из таблицы, доминировал диагноз "шизофрения" (42 человека); у 5 человек к этому диагнозу добавлялось слово "дефект". У 6 человек была диагностирована шизофрения "на органически неполноценной почве". Тип течения или синдромальные особенности процесса определялись в единичных случаях.

Проведенный автором анализ психических статусов подэкспертных ко времени установления у них диагноза "шизофрения" при первой или первой-повторных СПЭ показал, что чаще всего встречались различные по своей структуре бредовые синдромы: галлюцинаторно-параноидные, параноидные, ипохондрически-нигилистические и парафренные (49 человек). У 9 подэкспертных преобладали кататонические расстройства.

У 13 подэкспертных диагноз "шизофрения" устанавливался в Институте неоднократно: у 9 человек дважды, у 4 — трижды.

На основании анализа 19 заключений СПЭК Института, а также актов и историй болезни, относящихся к периоду первой СПЭ, автором было выявлено, что у 3/5 подэкспертных (38 человек) шизофренический процесс начался в первые 20 лет жизни, а у остальных — после 20 лет, преимущественно в возрасте от 21 года до 30 лет.

Решениями СПЭК Института 52 подэкспертных после первой экспертизы были признаны невменяемыми; 5 — подпадающими под действие статей 457 и 362 УПК РСФСР; у одного подэкспертного вопрос о вменяемости решен не был. 57 подэкспертных были направлены на лечение в психиатрические учреждения, из них 52 человека — на принудительное лечение в психиатрические больницы. Один подэкспертный, признанный невменяемым, определением суда был направлен на повторную СПЭ в Институт.

В четвертой группе подэкспертных изменение первоначального диагноза "шизофрения" на другие диагнозы производилось СПЭК Института спустя месяцы — 10 и более лет. По срокам установления окончательного диагноза все подэкспертные были разделены на 4 подгруппы (табл. 10). Как видно из таблицы, более чем в 1/3 наблюдений (25 человек) заключительный диагноз устанавливался спустя 5-10 лет после первой СПЭ.

Порядковый номер СПЭ, пересмотревшей ранее установленный в Институте диагноз шизофрении, — см. табл. 11. Как видно из таблицы, примерно в 3/4 наблюдений (45 человек) пересмотр первоначального диагностического заключения был про-

изведен при второй СПЭ, в остальных случаях — при третьей-четвертой СПЭ.

В период между СПЭ, установившей в Институте диагноз шизофрении, и СПЭ, пересмотревшей этот диагноз, половина подэкспертных (28 человек) совершила повторные ООД. В связи с этим, а также в связи с ухудшением психического состояния (9 подэкспертных), эти лица или проходили повторные СПЭ (частично в Институте, частично — в других медицинских учреждениях), или лечились в психиатрических больницах. У всех подэкспертных, проходивших повторную СПЭ в Институте (13 человек), был установлен прежний диагноз — "шизофрения". У остальных 24 человек, проходивших СПЭ или лечившихся в психиатрических учреждениях, диагноз "шизофрения" был установлен повторно в 13 случаях, а у 10 человек диагностировали: психопатию (в 3 случаях вторым, предположительным диагнозом была шизофрения), органическое поражение центральной нервной системы, олигофрению; один человек был признан СПЭ периферии психически здоровым.

Таким образом, повторно в Институте (13 человек), а также при прохождении СПЭ или лечении в других психиатрических учреждениях (13 человек) — всего у 26 подэкспертных данной группы был установлен первоначальный диагноз "шизофрения".

У 52 человек к периоду заключительной СПЭ в Институте, пересмотревшей первоначальное диагностическое заключение, автором отмечались следующие особенности социальной адаптации: у 3/4 подэкспертных (40 человек) существовало выраженное или резкое ее снижение — вплоть до полной дезадаптации; у 9 человек против прежнего возникло улучшение социальной адаптации, хотя она и оставалась на сниженном уровне; у 3 человек наступило достаточно полное ее восстановление (табл. 18).

Заключительные диагнозы СПЭК Института были следующими: у половины подэкспертных (29 человек) были установлены диагнозы "психопатия", "психопатическая личность", "психопатические черты характера", а у 1/4 (13 человек) — "остаточные явления черепно-мозговой травмы или органического поражения головного мозга", чаще всего с добавлениями: "с психопатоподобными изменениями личности" или "с психопатизацией". Среди остальных диагностических заключений также неоднократно встречалось определение "психопатоподобный" (табл. 19). Таким образом, психопатический радикал в подавляющем числе наблюдений либо исчерпывал диагностическое заключение, либо являлся основной его составной частью. Качественная оценка аномальных личностных черт (круг, тип, форма реакции) была отмечена у 7 подэкспертных; при психопатоподобных состояниях — в единичных случаях. У 1/4 подэкспертных (16 чело-

век) заключительный диагноз сопровождался указанием на существование у них установочно-симулятивного поведения.

В заключениях СПЭК психопатические или психопатоподобные расстройства определялись следующими признаками, в том или ином сочетании: дисгармонические черты характера в виде повышенной вспыльчивости, конфликтности, раздражителности, возбудимости, неустойчивости интересов, стремления к лидерству; истерические и аффективные формы реагирования; аффективная неустойчивость; гипертимные черты характера; узость интересов; склонность к сутяжно-кверулянтской деятельности, к фантазированию, к рисовке, к браваде, к демонстративным формам поведения; некоторая переоценка своих способностей; сугубо прагматические ценностные ориентации; рентные установки; эгоцентричность; некоторая легковесность суждений; повышенная ранимость, мнительность, обидчивость, замкнутость. Обычно такие же характеристики использовались и при описании личностных аномалий в психических статусах подэкспертных. Таким образом, либо обоснование диагноза являлось повторением того, что уже было сказано при описании статуса — но более вероятно, что формулировки, использованные в обосновании диагноза СПЭК, задним числом переносились в описание психического состояния подэкспертного в акте.

Данные заключительных СПЭ свидетельствовали о том, что у подэкспертных с диагнозом "психопатия" и т.п. аномалии характера чаще всего выявлялись с детства, реже — с пубертатного возраста, и в единичных случаях — с юности. Психопатоподобные расстройства возникали преимущественно в пубертатном периоде и в юности. Таким образом, диагностические заключения СПЭК, пересмотревших ранее установленный диагноз шизофрении, дают основания говорить, что число лиц с патологическими характерологическими отклонениями, возникшими в первые 20 лет жизни, было бо́льшим, чем 3/5, у которых начало болезни выше было отнесено к возрасту до 20 лет по данным первоначальной СПЭ, установившей диагноз шизофрении. Опровержение заключительного диагноза СПЭК Института позволило сделать вывод, что у подавляющего числа подэкспертных выявленный при первой СПЭ шизофренический процесс начался в детском-юношеском возрасте.

У 48 подэкспертных в заключениях СПЭК приводились обоснования изменения первоначального диагноза "шизофрения". В 44 случаях указывалось на отсутствие симптомов дефекта — расстройств мышления и эмоционально-волевых нарушений. В некоторых случаях при этом добавлялись фразы: "нет динамики клинических симптомов"; "нет усложнения психопатологической симптоматики"; "нет характерной динамики процесса"; "нет дальнейшего развития процесса"; "нет характерной для шизоф-

рении динамики симптомов". У 3 подэкспертных отмечалось "наличие изменений личности по органическому типу", у одного констатировалась "сохранность интеллектуально-мнестических функций".

У 38 подэкспертных при установлении заключительного диагноза СПЭК Института пересматривалось установленное в прошлом диагностическое заключение и вместо шизофрении ретроспективно диагностировались другие болезни. Чаще всего (15 человек) ретроспективно устанавливался диагноз реактивного состояния. Синдромальная оценка установленных вместо шизофрении болезней и иных психотических состояний ("психоз", "вспышка психического заболевания" и т.д.) приводилась в единичных случаях, или СПЭК ограничивалась использованием термина "шизофреноподобный" (табл. 20). Синдромальная характеристика последнего могла определяться кататоно-параноидными, галлюцинаторно-параноидными (включая развернутый, в том числе тройной психический, автоматизм), парафренными состояниями. О выявленных ранее негативных симптомах СПЭК, отвергавшие прежний диагноз шизофрении, не упоминали никогда.

В результате пересмотра диагноза "шизофрения" и установления новых диагнозов были вынесены следующие экспертные заключения о вменяемости-невменяемости подэкспертных — см. табл. 21. Как видно из таблицы, 49 человек были признаны СПЭК Института вменяемыми и направлены в распоряжение судебно-следственных учреждений.

Достоверность заключительных диагнозов, установленных СПЭК Института, во многих случаях вызывала у автора сомнения. Последние были обусловлены особенностями имевшихся к этому времени в актах СПЭ анамнестических сведений и описаний психического состояния подэкспертных. По сравнению с анамнезами актов СПЭ в период установления первоначального диагноза шизофрении, в актах, где этот диагноз подвергался пересмотру, нередко отмечалось обеднение прежних анамнестических сведений. Оно происходило за счет устранения из анамнеза различных психопатологических расстройств, в первую очередь — выявленного в прошлом характерологического сдвига в молодые годы и такого расстройства, как бред. В частности, ни разу в анамнезе актов заключительной СПЭ не упоминались выявленный ранее бред "чужих родителей" и бредовое отношение к кровным родственникам. В некоторых случаях в актах заключительных СПЭ описанные в прошлом продуктивные расстройства вообще не упоминались — будто бы их и не было вовсе. В описаниях психического состояния подэкспертных всегда подчеркивалось отсутствие продуктивных психопатологических

расстройств и сохранность личности обследуемых. У части подэкспертных психический статус был описан так, что каких-либо сомнений в обоснованности пересмотра прежнего диагноза, казалось бы, не должно было возникать. Однако сопоставление такого статуса с первоначальными анамнестическими сведениями порождало сомнение в его объективности. У другой части подэкспертных контекст приведенного в акте психического статуса позволял делать предположения о наличии в нем продуктивных и негативных расстройств, не противоречащих тем, которые были описаны в анамнезе и статусе обследуемых при установлении им ранее диагноза "шизофрения".

Правомерность возникших сомнений подкреплялась сведениями, приводящимися в судебно-психиатрической литературе. "При стойкой ремиссии с незначительным дефектом больные шизофренией нередко совершают противоправные действия по реально-бытовым, психологически понятным мотивам. Сохранность основных психических функций, адекватная оценка совершенного и всей ситуации в целом как будто вступают в противоречие с диагнозом. Нередко в этих случаях эксперты, обосновывая вменяемость, отвергают ранее установленный диагноз шизофрении, объясняя имевшиеся в прошлом психические расстройства психическими травмами, алкогольной интоксикацией и другими экзогенными факторами. Видимо, в таких случаях сказывается определенная инертность врачебного мышления, связанная с традиционным представлением о непременном дефекте после перенесенного шизофренического приступа. Подобные воззрения не соответствуют современному пониманию шизофрении, когда многими исследованиями убедительно доказана возможность практического выздоровления после одного или нескольких приступов. В экспертном плане правомерно признание этих больных вменяемыми без изменения установленного ранее диагноза, так как есть медицинский критерий вменяемости, но нет юридического"[1].

Для проверки возникших сомнений в обоснованности изменения первоначального диагноза "шизофрения", которое в значительной степени опиралось на данные психического статуса при заключительной СПЭ, автор проанализировал всю медицинскую документацию (истории болезни) в данной группе подэкспертных: дневники наблюдения научных сотрудников, консультации ведущих научных сотрудников, данные предварительных комиссий, содержание экспериментально-психологических исследований, в том числе их вводную часть, дневники наблюдения среднего медицинского персонала. При этом нередко встречались клинические факты, имеющие существенное значение

[1] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 41-42.

для подтверждения правильности первоначального диагноза. В актах заключительных СПЭ Института такие сведения отсутствовали. Так, в психических статусах были обнаружены различные позитивные симптомы (табл. 22)[1].

Как видно из таблицы, чаще всего встречались аффективные нарушения, выявленные примерно у 2/3 всех подэкспертных данной группы (36 человек). Гипоманиакальные состояния встречались несколько чаще, чем субдепрессивные. Общим для тех и других являлось их нередкое сочетание с дисфорическим компонентом. В ряде случаев гипоманиакальные состояния сопровождались отчетливой дурашливостью, а при субдепрессиях мог отмечаться витальный компонент — предсердечная тоска. Во многих случаях происходило углубление измененного настроения в течение дня: усиление симптомов субдепрессии в утренние часы, а гипоманиакальных состояний — к вечеру и ночью. Это усиление гипоманиакального настроения порой достигало уровня мании. Аффективные расстройства возникали эпизодами (продолжались дни), но могли существовать неделями и более. Таким образом, в 2/3 случаев можно было говорить о выраженных циклотимоподобных состояниях — “шизофренической циклотимии”.

Второе место занимали бредовые идеи — не распознанные СПЭК Института или по какой-то причине не считавшиеся таковыми. Данное расстройство встречалось значительно чаще, чем это отмечено в таблице. Косвенным подтверждением такому выводу является отмеченная у 9 подэкспертных данной группы выраженная диссимуляция бывших ранее продуктивных расстройств. У нескольких подэкспертных в психическом статусе диссимуляция и бредовые идеи сосуществовали[2]. У нескольких человек были обнаружены сенсорные расстройства в форме истинных слуховых, функциональных слуховых или вербальных галлюцинаций, возникавших на фоне пониженно-тревожного аффекта.

Контекст психических статусов позволял предполагать наличие у подэкспертных при заключительных СПЭ негативных расстройств. Так, сотрудники Института нередко использовали выражение “облегченность суждений” — без разъяснения его со-

---

[1] В перечень этих симптомов не вошли те психопатологические расстройства, которые в заключениях СПЭК расценивались в качестве установочно-симулятивных.

[2] В первых трех группах подэкспертных при СПЭ, установившей диагноз шизофрении, тоже нередко встречалась диссимуляция. В части этих случаев в описаниях психического статуса подэкспертных встречались слова: “при длительной беседе”; “при неоднократных беседах”, — и далее сообщалось о выявлении у подэкспертных различных продуктивных расстройств, в первую очередь бреда. Подобные выражения в описании психических статусов подэкспертных четвертой группы при заключительной СПЭ не встречались.

держания. Нередко (11 человек) подэкспертные сообщали о том, что в прошлом они симулировали психическое заболевание; некоторые подэкспертные высказывали упорное желание быть признанными психически здоровыми — в частности, отбывать срок наказания в ИТК, а не лечиться в психиатрической больнице. Сопоставление перечисленных фактов с конкретными примерами из дневников наблюдения среднего медицинского персонала позволяло говорить о наличии у этих лиц сниженных критических способностей, эмоциональной измененности или и того, и другого вместе. Те же симптомы, которые свидетельствовали о наличии негативных расстройств — например, признание в симуляции — могли также сочетаться с продуктивными нарушениями. Так, почти у всех подэкспертных, сообщавших о симуляции, одновременно существовал гипоманиакальный аффект, а у одного подэкспертного в прошлом (при установлении диагноза шизофрении) наблюдался самооговор, сопровождаемый, как и при заключительной СПЭ, субдепрессивным настроением.

Достоверным источником, подтверждающим наличие негативных, и изредка — позитивных расстройств, являлись данные экспериментально-психологического исследования подэкспертных, проанализированные не зависящими от Института психологами. Один из них (К.) в течение многих лет работает в психиатрической больнице и постоянно принимает участие в СПЭ, второй (С.) длительное время был сотрудником Института.

Вот сделанное К. заключение, основанное на данных протоколов экспериментально-психологических исследований, проведенных психологами Института: “Из 43 человек, прошедших экспериментально-психологическое исследование, у 38 были выявлены признаки неравномерности психической деятельности, снижение ее продуктивности, нарушение целенаправленности мышления с разноплановостью решений и использованием латентных признаков. Изменения личности чаще проявлялись снижением критических способностей (неадекватная самооценка). Отмечались также признаки эмоциональной обедненности, нередко — негативного отношения к обследованию”.

Сделанный К. вывод подтверждается и выводами некоторых психологов Института при проведении ими экспериментально-психологических исследований (см. приводимые ниже наблюдения).

Синдромальный анализ позитивных и негативных расстройств, наблюдавшихся у подэкспертных в период установления им диагноза шизофрении, и различных психопатологических нарушений, выявленных автором у большинства подэкспертных при заключительной СПЭ, позволил сделать следующие диагностические заключения в изученной группе обследуемых — см. табл. 13. Таким образом, в 3/4 наблюдений (46 человек) был ус-

тановлен диагноз приступообразно-прогредиентной шизофрении. Большинство подэкспертных с этим диагнозом (33 человека) перенесли один приступ.

У лиц с приступообразно-прогредиентной шизофренией в приступах — как в первых, так, особенно, в повторных — преобладали галлюцинаторно-параноидные и бредовые расстройства. Продолжительность приступов колебалась от нескольких месяцев до 4-5, а иногда — до 8 лет. Возможно, число подэкспертных с приступообразно-прогредиентной шизофренией было значительно бóльшим, чем это отмечено в таблице. У подавляющего числа лиц с вялопротекающей шизофренией позитивные расстройства к периоду заключительной СПЭ значительно редуцировались. Поэтому не исключено, что у них болезнь представляла собой "растянутый" на многие годы (5-10 лет) стертый, "плоский" приступ. Если это так, то в исследованной группе подэкспертных доминировала одноприступная шизофрения. Приступу предшествовали и сменяли его психопатоподобные расстройства. И в начале болезни, и особенно — на отдаленных ее этапах психопатоподобным расстройствам сопутствовали аффективные нарушения. Поэтому болезнь у подэкспертных четвертой группы отличалась относительной доброкачественностью по сравнению с первыми тремя группами. Эта относительная доброкачественность развития болезни мешала в период заключительной СПЭ увидеть возникшие у подэкспретных личностные изменения.

Анализ данной группы подэкспертных позволяет сделать предположение, что причиной смены первоначального диагноза шизофрении на более легкий далеко не всегда являлась "инертность врачебного мышления". Анализ актов СПЭ Института в период заключительной экспертизы показал, что "облегчение" диагноза очень часто совершалось продуманно, целенаправленно — и если не всегда последовательно, то только потому, что эксперты не могли или просто не желали учитывать все клинические факты, имеющиеся в медицинской документации. В некоторых случаях (см., например, наблюдение N 17) можно было сделать вывод, что весь предшествующий анамнез, в том числе и бывшие у подэкспертных шизофренические психозы, при вынесении заключительного диагноза экспертами не учитывался. Невольно на память приходят слова: " ... да понадеялся он на русский авось". Действительно, могли ли думать сотрудники Института, что составленные ими акты СПЭ когда-либо подвергнутся ретроспективному анализу? В отношении некоторых подэкспертных был допущен подлог (фальсификация) актов СПЭ. Одним из примеров такого подлога может служить

акт экспертизы Е-ва Н.П., 1931 г.р., история болезни N 725/1983 г., акт N 1494[1].

Возможной причиной изменения диагноза шизофрении на более легкий могло быть и то обстоятельство, что отстаивать экспертное решение о вменяемости в суде у лица с таким установленным ранее диагностическим заключением — дело хлопотное. И суд может засомневаться, и адвокат не преминет воспользоваться прежним заключением. Результатом может быть повторная СПЭ. А это, надо полагать, экспертам Института удовольствия не доставит. О другой, более важной причине смены диагноза шизофрении на более легкий будет сказано ниже (см. главу "Причины ошибочной диагностики").

Наблюдение N 16. "К., 1947 г. р. Обвиняется в разбойном нападении на гр. Р. и вовлечении в преступную деятельность несовершеннолетних. В Институт поступил 20 июля 1972 года.

Из материалов уголовного дела, медицинской документации, со слов испытуемого и его матери известно следующее. Дед по линии матери последние годы жизни упорно работал над созданием вечного двигателя. Брат испытуемого болен психически. Дядя по линии материи отравился. Тетка по линии отца покончила жизнь самоубийством. В детстве испытуемый был слабым ребенком, вспыльчивым, неуравновешенным. В школе учился с 8 лет, успевал удовлетворительно, до 15 лет был веселым и общительным. После стал уединяться, оставил друзей. Примерно с 16 лет стал заявлять, что у него "голубая кровь и слоновая кость", что он "не в то время родился". Временами слышал оклики по имени. В 1963 г. перенес черепно-мозговую травму с потерей сознания.

После окончания 8 классов поступил в медицинское училище, которое оставил через два года. В период учебы в училище в его поведении появились гордость, заносчивость — всем заявлял, что его мать занимает высокий государственный пост, требовал к себе особого внимания в училище и в кругу семьи. Испытывал влечение к старым соборам и церквям. Заставлял мать содержать на даче различных животных, собирал кошек и щенков.

В 1966 году был призван в армию, где в 1968 году поступил на курсы командиров взводов при Московском высшем общевойсковом командном училище. После окончания курсов служил в должности командира взвода. В армии продолжал слышать оклики по имени. В 1969 году в части взял боевую машину (танк) и

[1] Снятие первоначального диагноза "шизофрения" и установление наиболее легкого диагноза из всех возможных повлекло за собой пребывание Е-ва в "камере смертников" в течение двух с половиной лет. Его последующее освобождение было в значительной степени обусловлено удачным стечением обстоятельств.

выехал в Москву к знакомой девушке, но через несколько часов вернулся в часть самостоятельно. Из-за случившегося был уволен в запас по статье 59 пункт "ж".

После увольнения из армии скоро женился, от брака имеет ребенка. По показаниям жены, имеющимся в уголовном деле, испытуемый в своем поведении обнаруживал странности. В перечень необходимых вещей включил рыцарское копье и доспехи, крокодила. Особенно его состояние изменилось после рождения ребенка. Стал угрюмым, неразговорчивым, раздражительным, аффективно неустойчивым (то был гневлив, то внезапно плакал), уединялся, избегал людей. Появилась ревность — следил за женой, не пускал в магазин, устанавливал время ее возвращения домой, просил соседей следить за женой, обещал деньги. Холодно относился к ребенку, считал его не своим. Иногда заявлял жене, что все происходит с ним помимо его воли. Совершил несколько попыток к самоубийству. Было время, когда все его странности проходили, но последнее время они появлялись все чаще. Порой заявлял, что он — король, а все остальные — "ничтожества", его подчиненные. Часами он сидел на одном месте и о чем-то думал. Заявлял жене, что ему кажутся "такие ужасные вещи", что он сам их боится. Чтобы заглушить эти мысли, принимал алкоголь, после чего "совершенно терял рассудок".

В 1970 г. был осужден по статье 206 ч. 2 УК РСФСР к 1,5 годам лишения свободы. Из лагеря испытуемый писал жене, что он — "князь, у него есть слуги", но за ним следят. После освобождения поведение его стало более "необъяснимым". Плохо спал, набрасывался на жену, душил ее, на замечания говорил, что он "видел сон и должен был защищаться". В доме он плотно закрывал окна шторами, неделями не выходил из дома, чего-то боялся, заявлял, что его хотят убить, стал крайне подозрительным, с осторожностью принимал пищу, перестал разговаривать, часами просиживал, запершись в ванной.

С 28 октября 1971 года испытуемый работал учеником, а после — мастером в парикмахерской. Как следует из производственной характеристики, испытуемый проявлял беспричинную раздражительность, неоднократно пропускал работу по болезни (характеристика в деле). 19 февраля 1972 года испытуемый в нетрезвом состоянии совершил нападение на гр. Р с целью завладеть его личными вещами. 13 апреля 1972 года в АСПЭК испытуемый малодоступен, растерян, оглядывался по сторонам, таращил глаза, на вопросы отвечал нечетко и не по существу. Анамнестические сведения сообщал непоследовательно и противоречиво. На многие вопросы отвечал "не знаю". Отрицал содеянное. 6/VI-1972 года в СИЗО испытуемый был возбужден, аг-

рессивен. Возбуждение сменялось полным ступором. Контакту был недоступен. Отмечалось обильное выделение слюны и слез, зрачки были широко раскрыты, реакция их на свет вялая".

"При настоящем обследовании в Институте выявлено следующее. Внутренние органы без изменений. Знаков поражения центральной нервной системы нет.

Психическое состояние. Испытуемый ориентирован, в контакт вступает неохотно. На вопросы отвечает односложно, медлит с ответами. Жалуется на "тикание часов" в голове, просит о помощи. Сообщил, что с детского возраста у него помимо его воли меняется настроение, временами слышал оклики по имени, в последнее время замечал измененное отношение к нему в семье и на работе, подозревал жену в измене и неверности. Говорит, что в настоящее время в его голове "теснятся мысли, перебивают одна другую", мешают сосредоточится, — иногда же голова становится "совсем пустой и гудит". В отделении испытуемый вял, заторможен, настроение подавленное, временами немотивированно озлобляется, конфликтует. Бездеятелен, ничем не интересуется, время проводит в постели. Критики к своему состоянию и сложившейся ситуации не имеет".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Об этом свидетельствуют данные анамнеза и настоящего психиатрического обследования, выявившие характерные для шизофренического процесса расстройства мышления (разорванность, паралогичность, непоследовательность суждений, бредовые идеи отношения, преследования, ревности в сочетании с обманами восприятия) и эмоционально-волевой сферы (неадекватность, раздражительность, утрата интереса к жизни, холодность к ребенку и родным, снижение трудовой и социальной адаптации). Поэтому, как страдающий хроническим душевным заболеванием, К. в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию он нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — январь 1982 года).

"С 10 декабря 1972 года по 12 мая 1973 года испытуемый находился на принудительном лечении в больнице N 5 с диагнозом: "шизофрения, параноидная". Узнав об отмене принудительного лечения, испытуемый самостоятельно оставил больницу, продолжал злоупотреблять алкоголем и вскоре вновь был привлечен к уголовной ответственности за нанесение тяжких телесных повреждений. В процессе предварительного следствия подвергался освидетельствованию АСПЭК, где жаловался на страхи, высказывал идеи ревности, с переоценкой относился к

собственной личности. Экспертная комиссия пришла к заключению, что испытуемый страдает шизофренией, рекомендовала считать его невменяемым.

С 8 сентября 1973 года по 19 мая 1975 года испытуемый находился на принудительном лечении в Сычевской психиатрической больнице специального типа. В то время стереотипно заявлял, что у него "голубая кровь", высказывал идеи ревности, утверждал, что его жизни угрожает опасность. Между тем, держался спокойно, упорядоченно. Вскоре после перевода на принудительное лечение в Московскую городскую больницу N 5 был выписан с диагнозом: "шизофрения, шубообразная". Вернувшись домой, устроился начальником снабжения одного из научно-исследовательских институтов, однако вскоре начал злоупотреблять алкоголем, конфликтовать с женой, совершать прогулы. Оставив работу, вел асоциальный образ жизни, занимался мошенничеством, спекуляцией. В 1977 г. расторг брак с женой. Находился на учете в ПНД N 12, однако самостоятельно за медицинской помощью не обращался, на вызовы психиатра являлся нерегулярно. В 1979 г. привлекался к уголовной ответственности за совершение развратных действий в отношении несовершеннолетней дочери. При освидетельствовании АСПЭК 7 июня 1979 года испытуемый на вопросы отвечал односложно, уклончиво, часто ссылаясь на запамятование своих прежних необычных высказываний. Отрицал инкриминируемые ему деяния, утверждал, что бывшая жена оговорила его, желая завладеть квартирой и общим имуществом. Экспертная комиссия пришла к заключению, что испытуемый страдает шизофренией, рекомендовала считать его невменяемым.

С 7 октября 1979 года он находился на принудительном лечении в Сычевской психиатрической больнице специального типа, где бредовых идей не высказывал, держался спокойно, упорядоченно, критически относился к создавшейся ситуации. С диагнозом: "шизофрения, вялотекущая, психопатоподобный синдром" испытуемый был переведен для продолжения принудительного лечения в Калининскую областную психиатрическую больницу N 1 имени Литвинова, где находился с 13 мая 1981 года по 13 августа 1981 года. Согласно истории болезни N ... , в то время испытуемый вел себя спокойно, упорядоченно, строил реальные планы на будущее, активно участвовал в трудовых процессах, критически относился к своему прошлому поведению. Какой-либо психотической симптоматики у него не выявлялось.

29 июня 1981 года испытуемый самовольно оставил больницу, совместно с соучастниками приехал в г.Калинин, где употреблял алкогольные напитки, а затем совершил дерзкое разбойное нападение. При задержании он назвался чужой фамилией, дал о

себе вымышленные сведения. На допросе 13 августа 1981 года испытуемый заявил, что страдает шизофренией, ссылался на запамятование своих противоправных действий. В дальнейшем, 21 августа 1981 года, он утверждал, что незадолго до правонарушения почувствовал тревогу, страх, заметил, что окружающие недоброжелательны к нему. В период СПЭ в Калининской областной психиатрической больнице N 1 испытуемый был правильно ориентирован в окружающем, жаловался на пониженное настроение, беспричинный страх, фантастические навязчивые мысли. При расспросе о правонарушении ссылался на запамятование своих действий, высказывал уверенность в том, что будет освобожден от наказания. Экспертная комиссия больницы 5 октября 1981 года пришла к заключению, что испытуемый страдает шизофренией, рекомендовала считать его невменяемым (история болезни N ...). Однако в связи с сомнением в правильности указанного экспертного заключения в судебном заседании 25 ноября 1981 года испытуемый был вновь освидетельствован СПЭК Калининского ПНД. При обследовании испытуемый был в ясном сознании, выглядел настороженным, заметно волновался, легко озлоблялся по незначительному поводу. На вопросы отвечал неохотно, уклончиво, раздраженно. Высказывал идеи переоценки собственной личности, стереотипно повторял, что у него "голубая кровь", жаловался на "потерю памяти". Правонарушение категорически отрицал, пытался обосновать самовольное оставление больницы болезненными переживаниями. Психотических расстройств у него не выявлялось, он критически относился к создавшейся ситуации.

Экспертная комиссия пришла к заключению, что в период совершения инкриминируемого ему деяния испытуемый мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, для окончательного решения вопроса о его психическом состоянии и вменяемости рекомендовала провести СПЭ в Институте имени В.П.Сербского, в который испытуемый поступил 15 января 1982 года".

"При настоящем клиническом обследовании испытуемого обнаружено следующее. Соматическое и неврологическое состояние — без патологии.

Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Держится свободно, естественно, охотно общается с окружающими, соблюдает требования режима, хорошо ест и спит. Во время бесед с врачами старается расположить к себе, с подчеркнутой готовностью отвечает на вопросы, однако сведения о своей жизни сообщает уклончиво, неоткровенно, часто ссылается на запамятование неблагоприятных для него обстоятельств. При расспросе о самочувствии жалуется на неясную тревогу, навяз-

чивые мысли неприятного содержания, немотивированные колебания настроения. Демонстративно заявляет, что отличается от окружающих уровнем развития, уверяет, что его кровь голубого цвета. В ответ на попытки уточнить его высказывания стремится изменить тему беседы либо раздраженно прерывает ее. Факт правонарушения категорически отрицает, ссылается на полное запамятование своих действий в то время. Между тем, нарушений памяти, интеллекта у него не выявляется. Суждения испытуемого последовательны, достаточно логичны, хотя нередко отличаются некоторой легковесностью, поверхностностью. Он высказывает уверенность в том, что будет освобожден от наказания, просит направить его в психиатрическую больницу специального типа. Настроение испытуемого неустойчивое, легко колеблется по незначительному поводу, в целом, соответственно ситуации, снижено. Психотических расстройств (бреда, галлюцинаций и пр.) у испытуемого нет. Критика к своему психическому состоянию и сложившейся ситуации сохранена".

Дополнения к акту, взятые автором из истории болезни подэкспертного.

Из дневников наблюдений персонала. "16 января: настроение хорошее, много шутил с персоналом, многословен. В последующем: спокоен, уравновешен, вежлив. Получил передачу, доволен. 19 января был на осмотре у окулиста. По дороге пытался заглядывать во все двери, все внимательно осматривал. 21 января: настроение приподнятое, мечтает побыстрее выйти на свободу. 22 января: веселый, с испытуемыми в контакте, общителен. 27 января: подвижен по палате, с испытуемыми и персоналом общителен. 28 января — 10 февраля: спокоен, общителен, много лежит, читает".

Экспериментально-психологическое исследование — 8, 9, 10 февраля 1982 г.

"Во время исследования настроение неадекватно повышено, охотно беседует на отвлеченные темы, о правонарушении говорить отказывается, сообщает только, что "это от болезни". Жалоб на здоровье не предъявляет, считает, что "излечился от шизофрении". При выполнении экспериментальных заданий мотив экспертизы не актуализируется, соглашается выполнять задания, однако интереса к результатам их выполнения не проявляет, но заявляет, что мог бы "переработать" и "исправить" некоторые методики, в отдельных случаях не придерживается инструкции, ищет особый смысл в расположении наглядного материала, отказывается пояснить свои ответы: "Вам не понять мою систему". Мнестические особенности без выраженных особенностей. При исследовании мышления в ряде проб обнаруживаются нарушения мыслительной деятельности в виде искажения процессов

обобщения со склонностью к актуализации необычных и латентных признаков предметов и понятий. Так, например, в пробе "исключения предметов" выделяет предметы, ориентируясь на такие малозначительные признаки, как "форма", "движение", "материал" или находит сходство далеких по смыслу понятий "ботинок" и "карандаш" в том, что "оба ходят: ботинок — по земле, а карандаш — по бумаге". Также обнаруживаются мотивационные расстройства мыслительной деятельности в виде нецеленаправленности, паралогичности, черт разноплановости, склонность к резонерским построениям, вычурным грамматическим конструкциям. Так, например, поясняя выражение "золотая голова" рассуждает следующим образом: "Взрослый должен понимать как оскорбление, видеть сарказм: как лисица петушка — головушка, бородушка, жена мужу скажет — сразу можно разводиться". Находит сходство "часов" и "автомобиля" в том, что "оба движутся, когда работают: одно передвигается по времени абстрактно по отношению к мышлению, другое — по времени абстрактно по отношению к земному шару". "Это все нереально". Проективный метод незаконченных предложений, направленный на исследование личности, выполняет выборочно, причем высказывания испытуемого носят следующий характер: "Супружеская жизнь кажется мне ... одной из оптимальных форм современного существования разумных существ". При исследовании ассоциативных процессов образы в пробе "пиктограмма" характеризуются выхолощенностью, бессодержательностью (стрелки, крючки, математические знаки). Ответы в словесном ассоциативном эксперименте неадекватны слову-раздражителю, созвучны ему в рифму: "конь-лонь", "меч-с плеч". При исследовании личности с помощью теста ММРУ получен недостаточный результат в связи с наличием выраженных расстройств мыслительной деятельности.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании обнаруживаются выраженные нарушения мотивационной сферы мыслительной деятельности в виде нецеленаправленности, паралогичности, черт разноплановости, резонерства, а также искажение процессов обобщения с повышенной актуализацией латентных признаков объектов, патологическая символика. Следует отметить также эмоциональную неадекватность, снижение критических способностей".

Оценка экспериментально-психологического исследования независимым психологом К., работающим в общей и судебной психиатрии: "На фоне повышенного настроения отмечается некритичное, незаинтересованное отношение к обследованию у больного с разнообразными нарушениями мышления".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. психическим заболеванием не страдает, а является

психопатической личностью. На это указывают свойственные ему с детства и выявленные при настоящем клиническом психиатрическом обследовании дисгармонические черты характера в виде повышенной раздражительности, конфликтности, склонности к фантазированию, демонстративным формам поведения в неблагоприятных ситуациях. Указанные особенности психики испытуемого в периоды совершения прошлых ООД были выражены столь значительно, что лишали его возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Однако в результате длительного лечения в различных психиатрических учреждениях в психическом состоянии испытуемого наступило стойкое улучшение, выражавшееся в отсутствии какой-либо психотической симптоматики, упорядоченном поведении, критическом отношении к своим поступкам. Поэтому степень имеющихся у испытуемого особенностей психики в период совершения инкриминируемого ему деяния была выражена не столь значительно, чтобы лишать его возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Во время совершения инкриминируемого ему деяния у К., как это следует из материалов уголовного дела и результатов настоящего клинического психиатрического обследования, не обнаруживалось и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, в том числе и патологического опьянения. На это указывают сохранность у него в то время ориентировки в окружающем, определенная последовательность, целенаправленность его действий, их согласованность с соучастником, адекватный речевой контакт с окружающими, отсутствие в его поведении и высказываний тогда признаков бреда, галлюцинаций, расстроенного сознания или каких-либо иных болезненных нарушений психической деятельности. Поэтому К., как недушевнобольной, сохранявшего в период совершения правонарушения возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать вменяемым.

Ретроспективный анализ подлинной медицинской документации, а также результаты настоящего клинического психиатрического обследования не позволяют подтвердить наличие у К. шизофрении ввиду отсутствия свойственных этому заболеванию психопатологических расстройств, динамики психического состояния, характерного дефекта психики. По своему психическому состоянию в настоящее время испытуемый может предстать перед судом, в применении к нему каких-либо принудительных мер медицинского характера не нуждается".

Анализ болезни К., проведенный автором.

Заболевание возникло в пубертатном возрасте и проявилось личностным сдвигом с выявлением шизоидных черт характера типа "фершробен" — "чудной, странный". Эти особенности личностного сдвига отразились в переоценке К. своего происхождения ("голубая кровь, слоновая кость") и социального положения матери (занимает высокий государственный пост), в появлении не свойственных ему ранее увлечений ("влечение к старым соборам и церквям"), зоофилии, в совершении необычных поступков (отправился на свидание на танке), в желании получить (в качестве приданого?) крокодила, рыцарское копье и доспехи. "Странные" высказывания, увлечения, поступки и желания сочетались у К. с чувством собственного превосходства (гордость, заносчивость, презрительное высокомерие, требование к себе особого внимания со стороны окружающих) и эмоциональным снижением (например, отношение к ребенку). На фоне перечисленных личностных изменений в последующем возникли различные позитивные симптомы: фонемы, расстройства настроения в форме субдепрессий со слезливостью или субдепрессий с выраженным дисфорическим компонентом, сопровождаемые неоднократными суицидальными попытками. По контексту анамнестических сведений, у К. могли возникать и гипоманиакальные состояния — об этом свидетельствует переоценка подэкспертным своего "я" и его презрение к окружающим: он — "король", все остальные — "ничтожества". В дальнейшем позитивные расстройства усложнились бредовыми идеями. Вначале это были паранойяльные бредовые идеи супружеской неверности (проверка брачного партнера и другие формы бредового поведения). В последующем появился несистематизированный параноидный бред: слежка, преследование, отравление. Интенсивность бреда была подвержена колебаниям: появление аффекта тревоги приводило к его усилению. В эти периоды у К. возникло отчетливое бредовое поведение. Он предпринимал защитные действия: не выходил неделями на улицу, занавешивал окна и т.п. Таким образом, на протяжении ряда лет у К. отмечалось вялое, но с отчетливой тенденцией к усложнению развитие болезни с полиморфными расстройствами: психопатоподобными, аффективными и бредовыми.

В возрасте 25 лет произошло дальнейшее усложнение картины болезни: у К. развился психоз с преобладанием в клинической картине кататонических расстройств — то в форме возбуждения, то в форме ступора. Психоз сменился вялым развитием болезни с исчезновением паранойяльного бреда, более однообразными, чем перед психозом, психопатоподобными расстройствами и

биополярной циркулярностью, отмеченной средним медицинским персоналом и обоими психологами.

Наличие в психическом статусе К. при заключительной СПЭ в Институте выраженных личностных изменений и снижение критических способностей (см. данные экспериментально-психологического исследования) исключают диагноз психопатии.

Диагноз: "Приступообразно-прогредиентная шизофрения. Особенность болезни состоит в том, что у подэкспертного возник лишь один приступ. Ему предшествовало вялое развитие болезни с психопатоподобными расстройствами, биполярной циркулярностью и паранойяльным бредом. После окончания приступа болезнь вновь приняла вялое течение с редукцией некоторых позитивных расстройств (бред). Циркулярность и психопатоподобные нарушения оставались. Они сопровождались выраженным дефектом личности".

Диагноз шизофрении косвенно подтверждается наличием у К. значительного наследственного отягощения. Брат больного болен психически. Со стороны матери и отца отмечены случаи самоубийств. У деда по линии матери в зрелом возрасте появились паранойяльные идеи изобретательства ("упорно работал над созданием вечного двигателя"). Как правило, подобные "увлечения" сочетаются с личностными особенностями типа "фершробен". Аналогичные личностные особенности возникли и у К. в пубертатном возрасте. Таким образом, в наследственном отягощении К. существовали явления антепозиции, свойственные многим случаям эндогенных психических заболеваний, в том числе и шизофрении.

Наблюдение N 17. "В., 1935 г.р. Обвиняется в убийстве сокамерника. Поступил в Институт им. В.П.Сербского 27 июля 1962 года.

Со слов испытуемого, материалов уголовного дела известно следующее. Испытуемый в детстве развивался правильно. В школе учился посредственно, окончил 5 классов. В дальнейшем работал подсобным рабочим. По характеру был жизнерадостным и общительным. В 1952 году он совершил кражу и был осужден на 10 лет, но через 6 месяцев его освободили по амнистии. Через год он совершил второе преступление, и в 1954 г. осуждался по ст. 2 ч. 2 Указа от 04.06.47 г. к 16 годам ИТЛ. Находясь в лагерях, нарушал лагерный режим: играл в карты, не выходил на работу, грубил и угрожал надзорсоставу. В связи с этим он систематически содержался в ШИЗО. В 1957 году после совершенного им побега его перевели в лагерь строгого режима. В январе 1958 года испытуемый написал заявление, что он отошел от воров, и просил расконвоировать его. В этом письме он говорил, что хо-

чет идти "в ногу с администрацией", в отношении других заключенных проявлял недобросовестное отношение, говорил: "Я не могу смотреть хладнокровно на эту шушаль, которая еще блатует". 7 октября 1958 года он подошел к лежащему з/к П. и убил его топором. На следствии испытуемый заявил, что убил П. умышленно, из-за того, что тот был вором-рецидивистом. По данному делу испытуемый проходил стационарную СПЭ в Кировской психоневрологической больнице. Там он сведения давал о себе непоследовательные и приводил странные объяснения своим поступкам: "Все люди хотят стать Богом, чтобы быть лучше всех ... Все смотрят как-то не так, свысока, и это создает ненависть, что я понял своими мыслями. Понял все это, потому и убил. А как же мне иначе быть? Если бы это не сделать, я не понял бы, что надо бороться, не видел бы ненависти".

Дополнение к психическому статусу из акта N 393 Кировской психоневрологической больницы от 1 декабря 1958 года (сделано автором).

"Люди бесчестные, без нравственности, готовы на все, не считаясь ни с какими нормами и намеками человечности, бьют слабого, ненавидят сильного — отсюда вытекает необходимость иметь партию под названием "'Коммунист'", — и т.п. К совершенному им преступлению относится без критики. В отделении держится с переоценкой, требует выписать его из больницы: "Я не трутень — здесь лежать, мне надо учиться и работать". Писал много писем и бессодержательных записок, в которых затрагивал малосвязанно вопросы о правде, жизни, сознании, совершенствовании и т.п."

"Комиссия пришла к заключению, что В. страдает душевным заболеванием в форме паранойи. Невменяем".

"С 27 марта 1959 года В. находился на принудительном лечении в психоневрологической больнице ОМЗ УВД Ярославской области. Там у него отмечали манерность, резонерство и витиеватость высказываний, бесплодное мудрствование, непонятные ответы, намеки и иносказательность в речевой продукции. Описывались примеры его странного, выспреннего стиля: "Мрачный дух сомнений и отрицаний как элемент, или, лучше сказать, как сторона высшего и вечного духа... Моя натура всегда превышала окружающих". 27 июня 1960 года комиссия дала заключение, что В. страдает душевным заболеванием в форме бредоподобного синдрома реактивного характера (не исключена шизофрения); продлить принудительное лечение. 19 октября 1960 года комиссия психических расстройств у больного не выявила и вынесла заключение, что В. перенес реактивный параноид и обнаруживает черты паранойяльного развития личности. Принудительное лечение было снято, и испытуемого возвратили в лагерь для дальнейшего отбывания срока наказания на общих основаниях.

В лагере он продолжал писать странные письма в высшие инстанции, в расплывчатом и вычурном заявлении Генеральному прокурору предлагал пересмотреть существующий порядок в воспитании людей, приводил нелепые "философские" доказательства. Как показывают свидетели-заключенные, испытуемый неоднократно говорил, что его хотят отравить, что его преследуют враги и что он будет уничтожать врагов и вредных людей для общества. 19 марта 1962 года В., находясь в промышленной зоне лагпункта, топором убил з/к К., с которым никогда не ссорился и не общался. В связи с этим и был направлен на АСПЭК при Пермской психоневрологической больнице. В акте комиссии от 23 апреля 1962 года отмечены странности в поведении испытуемого: различные бредовые идеи, витиеватые высказывания, а также неестественная манера держаться — но члены комиссии не пришли к единому мнению в оценке психического состояния В. и рекомендовали направить его в Институт им. профессора Сербского".

"При исследовании в Институте в настоящее время установлено следующее: испытуемый правильного телосложения, удовлетворительного питания. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Артериальное давление 130/85 мм. рт. ст. Неврологическое состояние: зрачки круглые, равномерные, с живой реакцией на свет и конвергенцию. Лицо симметричное. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, равномерные. Реакция Вассермана в крови (на сифилис) отрицательная.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован полностью. Считает себя высокоодаренным человеком, обладающим исключительно высоким интеллектом. Убежден, что на основании "философских" размышлений он понял и нашел основной смысл жизни. Испытуемый пришел к выводу, что все недостатки жизни являются следствием "несовершенства" подавляющего большинства "человеческого рода". Он полагает, что для спасения мира и выхода из создавшегося положения необходимо уничтожить по крайней мере 70% людей. С этой целью у него "разработана" особая система, по которой он намерен "творить суд" надо всеми людьми. Для этого он считает необходимым сооружение башни, через которую должны пройти все люди. В этой башне каждому должно быть предложено 3 вопроса. Если проходящий через башню ("суд") ответит на них правильно, то он получит право на жизнь и на счастье; если ошибется, то подлежит уничтожению. Испытуемый считает, что руководить этим судом его "уполномочил Всевышний". С последним он уже много лет ведет по этому поводу "переговоры". В последнее время стал спорить со "Всевышним" и даже пришел к выводу, что он превосходит Его по уму. Тем не менее, ему еще не уда-

8 Зак. 500

лось преодолеть все "философские" противоречия, поэтому испытуемый считает, что в нем самом находится какой-то человек, с которым он постоянно "спорит". Испытуемый полагает, что практически уже приступил к выполнению своей "теории", так как собственноручно убил человека, — по его мнению, подлежащего обязательному уничтожению. Свою "философскую систему" излагает подробно и охотно. Речь его крайне пространная, рассуждательская, с витиеватыми и гротескными оборотами: "Я, как революционер, борющийся за самую правильную форму жизни, поневоле пришел к тому, что надо уничтожить 70% населения земного шара для того, чтобы построить жизнь без противоречий, без условий на чувство (...) Все, что я написал — это истина относительная, так как все в мире относительное". Пустые, высокопарные (...) высказывания испытуемого временами становятся разрозненными, имеющими лишь внешне грамматическую связь. Никакого сожаления или раскаяния по поводу совершенных убийств у испытуемого не наблюдается. О близких и родных он говорит формально и отчужденно. Мимика его малоестественная, со стереотипными гримасами, движения ходульны и трафаретны. В отделении внешне ведет себя правильно и спокойно".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что В. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (парафренный синдром). На это указывает нелепый фантастический бред о перевоспитании общества с идеями величия, грубые расстройства мышления по типу резонерства, паралогичности с элементами речевой разорванности, а также выраженные эмоциональные нарушения с парамимией, парадоксальностью и общим оскудением. Поэтому в отношении инкриминируемых ему деяний, совершенных в болезненном состоянии, В. следует считать невменяемым. По психическому состоянию, представляющему большую социальную опасность, В. нуждается в направлении на принудительное лечение в больницу системы МВД. Как страдающий хронической психической болезнью, В. подходит по действие ст. 362 УПК РСФСР".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — январь 1967 г.).

"С 28 сентября 1962 г. по 6 марта 1964 г. испытуемый находился на лечении в Соликамской специальной больнице. Там он диктовал администрации свои требования, затем написал требование, в котором говорил, что начиная с 1957 г. он симулировал шизофрению. 13 марта 1964 г. испытуемый был переведен на принудительное лечение в Ленинградскую специальную психиатрическую больницу МООП РСФСР. 30 сентября 1965 года В. был представлен на расширенную СПЭК с участием представителей Института им. профессора Сербского. Мнения членов ко-

миссии разошлись, и в связи с этим испытуемый был направлен на повторную СПЭ в Институт им профессора Сербского".

"В стационар Института поступил 21 декабря 1965 г., 25 января 1966 г. и 1/III-66 г. испытуемый представлялся на СПЭК, однако в связи с неясностью клинической картины решить вопрос о психическом состоянии и вменяемости В. не представляется возможным, в связи с чем срок его пребывания на СПЭ продлевался".

Заключительная СПЭК состоялась 6 января 1967 г.

"Из материалов дела, медицинской документации и со слов испытуемого известно" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"В школе учился хорошо. Начиная с 5 класса он стал учится неровно, временами получал только неудовлетворительные отметки, не слушал учителей. Познакомился с компанией плохих ребят, не слушал родителей, конфликтовал в школе с учителями. В 6 классе испытуемый стал часто пропускать занятия, затем бросил школу, стал убегать из дома, мотивируя это тем, что его избивал отец. В то время он начал совершать мелкие кражи. Вскоре поступил работать на стройку, но поссорился с десятником и был уволен с работы. Некоторое время испытуемый работал на шахте, но своей работой не был доволен, считал, что по своему развитию он заслуживает лучшей работы. В 1952 г. испытуемый был осужден на 10 лет за коллективное ограбление промтоварного склада. Через 6 месяцев был освобожден по амнистии. Вернувшись из мест заключения, он снова поступил работать на шахту, начал учиться в 6 классе вечерней школы. Но вскоре попал в компанию плохих ребят, стал часто выпивать, совершать карманные кражи.

18 ноября 1953 г. испытуемый вместе с товарищами совершил разбойное нападение на какого-то мужчину, нанесли ему 2 ножевых ранения и отобрали зарплату. В связи с этим он был осужден по ст. 2 ч. 2 Указа от 4/VI-1947 г. на 18 лет л/свободы. 29 декабря 1956 г. испытуемый совершил побег из мест заключения, и 18 февраля 1957 г. был осужден еще на 2 года лишения свободы. Затем испытуемый был направлен в места заключения в Кировскую область. Там он относился к группировке "воров в законе", имел кличку "Кайский". В это время он часто нарушал лагерный режим, отказывался от работы, конфликтовал с администрацией. В начале августа 1958 г. у испытуемого появилось отвращение к лагерной жизни, карточной игре, не мог без раздражения смотреть на окружающих, начал задумываться о смысле жизни, появилась "философская настроенность". Внезапно испытуемый понял бесцельность своего существования, захотелось бороться за создание "прекрасного будущего". Испытуемый

начал выступать против группировки "воров в законе", "бросал им открытый вызов", выступал по радио, писал заметки в газету, обличал "воров". 4 октября 1958 года В. совершил нападение на заключенного П. и нанес ему топором несколько ударов в область лица и головы. До этого испытуемый с П. не ссорился, личных счетов у него не было. В связи с сомнениями в психической полноценности он был помещен в Кировскую областную психиатрическую больницу. Здесь он считал себя великим человеком, писал записки "о правде жизни, сознании и самосовершенствовании", собирался создать особую партию. В акте Кировской психиатрической больницы также отмечено, что в этот период времени у испытуемого отмечался бред преследования и воздействия. В. был признан невменяемым с диагнозом "паранойя". С 6/II-59 года по 20/III-59 г. испытуемый находился в психиатрическом отделении УМБ 160 Л.П. п/я N ... . Считал, что он способен изменить мир, отмечал наплыв мыслей, заявлял, что на него действуют электрическим током. Выписан из больницы с диагнозом: "шизофрения, параноидная форма". 20 марта 1959 года, согласно определения Кировского областного суда от 8/I-59 г., был переведен в Рыбинскую психиатрическую больницу, где испытуемый находился с 27/III-59 г. по 15/XII-60 г. Здесь он предлагал свои услуги для борьбы с "корнями, которые порождают причины преступлений", собирался создать новые воровские законы, считал, что он "стоит выше толпы", хотел быть образцом для других. 27/VII 1960 г. был представлен на стационарную СПЭК, которая продлила ему срок лечения с диагнозом: "бредоподобный синдром реактивного характера (не исключена шизофрения)". После проведенного лечения 15/XII-60 г. был направлен в места заключения с диагнозом: "Реактивный параноид. Паранойяльное развитие личности". В лагере В. отказывался от работы, конфликтовал с заключенными, неоднократно помещался в ШИЗО, просил перевести его для работы в ларек, где бы он "мог найти душевный покой". С 13/VIII-61 г. по 10/XI-1961 г. испытуемый находился на обследовании в психиатрическом отделении Усольлага п/я N ... . В это время высказывал "идеи воздействия", заявлял, что его хотят отравить. Выписан с диагнозом: "установочное поведение". В местах заключения В. нарушал режим, периодически помещался в ШИЗО. 10/III-62 г. в помещении сушилки убил заключенного К. Свидетель Г. показал, что испытуемый перед этим говорил ему: "Иван, садись — смотри, какой острый топор, сейчас буду судить врагов", — и затем, размахнувшись, ударил топором сидевшего на скамье К. Свидетели по делу также отмечали, что В. заявлял о том, что он скоро будет министром и будет массами уничтожать врагов. После убийства К., находясь в ШИЗО, В. просил его не задерживать, так как он едет на сессию Верховного Совета. В

это же время он жаловался, что по ночам слышит голос девушки, с которой учился в школе. Временами испытуемый жаловался, что слышит голоса девушек, которые поют песню "Подмосковные вечера". В связи с подобным поведением испытуемый был направлен на СПЭ в Пермскую областную психиатрическую больницу. Здесь мнения членов комиссии разошлись, и В. был направлен на СПЭ в Институт им. профессора Сербского".

"При обследовании в Институте в настоящее время установлено, что испытуемый среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 70 ударов в 1 минуту. АД 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Неврологическое состояние: зрачки правильной формы, с живой реакцией на свет и на конвергенцию. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Иннервация лицевой мускулатуры симметричная. Периостальные и сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. Реакция Вассермана в крови (на сифилис) отрицательная.

Психическое состояние. В первые дни пребывания в Институте испытуемый был раздражителен, назойлив с персоналом, рассуждал на "философские темы", открыто занимался онанизмом в присутствии персонала. Требовал бесед с врачом, во время которых спрашивал, какую выгоду он сможет извлечь из своего пребывания в Институте. Временами испытуемый говорил с пафосом, употреблял в своей речи витиеватые слова и выражения, значения которых он не мог объяснить. Персоналу отделения испытуемый заявил, что он великий человек, в отделении он стоит выше всех. Своими взглядами он может заставлять других испытуемых подчиняться себе. В то же время он "конфиденциально" просил врача помочь ему, сообщил, что в течение нескольких лет он "симулировал шизофрению". Со стереотипными гримасами и неадекватной улыбкой рассказывал, что он убил "двух воров, которые не стоили даже получасовой беседы". Охотно рассказал о своей теории уничтожения людей. В дальнейшем у испытуемого временами отмечались повышенная раздражительность и резкие колебания настроения в течение дня, он конфликтовал с другими испытуемыми, за что дважды переводился в отдельную палату. Во время беседы с заведующим отделения на вопрос, что́ он будет делать после выписки из Института, ответил: "Буду любить женщин". В отделении испытуемый периодически конфликтовал с другими испытуемыми, заявляя, что в отделении он "продолжает осуществлять политику СС" и будет убивать всех "тварей", которым нечего делать на земле.

Последнее время, после проведенного лечения, испытуемый более охотно рассказывает о своих болезненных переживаниях. Критически оценивает их, заявляя, что "был охвачен философскими идеями, строил несбыточные теории", но сожаления о совершенных правонарушениях не высказывает".

Дополнения, взятые автором из истории болезни подэкспертного.

Данных о проводившейся подэкспертному в Институте терапии в истории болезни нет.

28 декабря 1966 года. Экспериментально-психологическое исследование.

"Испытуемый в несколько повышенном настроении, охотно вступал в беседу, говорит, что ему нравится беседовать с сотрудниками лаборатории. О себе и своей болезни говорит неопределенно — во всяком случае, в настоящее время считает себя выздоровевшим и у него "имеются только остаточные явления", например, "выспренность" (раньше это была его "основная черта"). Задания исследующего выполняет достаточно, но без подлинного интереса к своим достижениям. Он говорит, что ему все равно, он "очень не вдумывается", просто ему "приятно находится в лаборатории". Процессы запоминания снижения не обнаруживают. После повторного прочтения воспроизводит 4 коротких фразы текста, может удержать заданный порядок слов. Счетные операции также достаточно сохранены. При решении задач отмечаются импульсивные ответы, исходящие из недостаточной продуманности и снижения функции самоконтроля (дает ответ, что пешеход проходит за 30 минут, а велосипедист проезжает за 90 минут одно и то же расстояние). Простые виды обобщения (объединение однородных понятий, исключение предметов) не нарушены; выполняет соответствующие пробы в достаточно быстром темпе, самостоятельно. Достаточно правильно в ряде случаев передает условные значения метафоры, пословицы. Способен понять юмористический текст, всесторонне раскрыть связи рассказа басенного типа, передать содержание репродукции. Моментами его речь довольно выспренна, проскальзывают малоупотребительные слова, но в другие периоды рассказ его достаточно ярок и адекватен поставленной задаче. По существу, только в наиболее сложных пробах на отвлечение и обобщение (смысловые аналогии) отмечаются затруднения, нередко — выраженные соскальзывания. В ассоциативных экспериментах также наряду с быстрыми и вполне адекватными реакциями отдельные из них неожиданны по своему содержанию. Например, на слово "зима" ответная реакция "храм", на слово "река" — "идиотизм", на слово "обида" реакция — "радость". Отмечаются также отдельные задержки (на слово "стена" латентный период — 5 секунд) индивидуально-психогенного значения. Напри-

мер, слово "стена" вызвала ассоциацию с пребыванием в лагере. При толковании отдельных таблиц Роршаха высказывает фантастические комплексы о "драгоценных скалах": одна из них — из бриллиантов, другая — из бирюзы. В отдельных картинах Меррея (N 3) усматривает бандитов — один подбивает другого на грабеж.

Таким образом, при исследовании выступили нарушения личностно-мотивационной сферы (отношение к исследованию) и снижение функции самоконтроля. В наиболее сложных мыслительных операциях, особенно связанных с процессами отвлечения и обобщения, тонкой дифференцировкой смысловых отношений, отмечаются соскальзывания".

Заключение независимого психолога К.: "На фоне повышенного настроения выступают признаки относительно хорошего уровня доступных обобщений у больного с нерезко выраженными нарушениями мышления, которые выявляются при усложнении заданий. Во время обследования, иногда проявлялись признаки некритичности больного в отношении к ситуации обследования и допущенным ошибкам".

Из дневников среднего медицинского персонала.

Ноябрь-декабрь 1965 года. "Находится среди больных, настроение хорошее. С больными в контакте. О себе большого мнения, считает, что он много знает и видел. Наблюдает за персоналом — учит и делает ему замечания. Упорно настаивает, чтобы ему каждый вечер делали ванну. В ванне сидит, сколько ему вздумается. Воду делает очень горячей. После отбоя долго не спал, читал книгу, ходил по палатам, вступал в разговор с нянями. На замечания был непослушен. Общителен, многоречив, настроение хорошее. Старается больше быть среди персонала".

Январь 1966 года. "Общителен, многоречив. Говорит, что сделал в тюрьме преступление, чтобы скорее выйти на свободу. Все время среди больных или персонала. Сексуален иногда к санитаркам, говорит всякие гадости. Очень любит женщин, говорил: "Женщина — это для меня божество, я никогда в жизни не посмел бы обидеть ее". Стал убирать туалет, говорит, что труд создал человека: "Я без труда не представляю себе жизнь". Тщательно убирает туалет, остальное время проводит в кругу больных. Настроение хорошее. Подвижен, многоречив, настроение хорошее. Охотно производит уборку туалета и ходит в трудотерапию, чистоплотен".

Февраль 1966 года. "Трудолюбив — ходит на трудотерапию, убирает в отделении. Много в движении, охотно вступает в разговор с больными и персоналом. Много разговаривает о женщинах: "Это — моя стихия, люблю их, я хочу все время быть среди них". Со слов нянь, занимается в ванне онанизмом.

Март-апрель 1966 года. "Весь день старается загрузить работой: "Я люблю с детства трудиться". Много и часто говорит о женщинах. Целые дни трудится и втягивает в работу других больных. На уговоры пойти отдохнуть отвечает: "У меня сейчас одно наслаждение — в труде, без труда день показался бы за год". Персоналу говорит все о каждом больном.

Май-июнь 1966 года. "Все время просит дать ему какую-нибудь работу, охотно выполняет любую работу, следит за порядком, чистотой в палате, коридорах, туалете, ухаживает за лежачими больными. Настроение хорошее, поет, много говорит о любви, о женщинах, о том, как он будет любить, когда выйдет на свободу".

Июль-август 1966 года. "Ежедневно фантазирует, говорит: "Я уже вижу жизнь — вот я имею богатую жену и молодую служанку. Эту служанку одену, как картинку, и она будет моей любовницей, и таких любовниц у меня будет — в каждом городе. Вот я буду полотером. Буду натирать полы у генералов и покорю генеральшу и их дочку. Я буду им петь, плясать и так постепенно их увлеку", — и т.п.

Сентябрь-октябрь 1966 года. "После отбоя не ложился. Дежурной сестрой было сделано замечание, больной тут же лег в постель и укрылся одеялом и лежал до 23 часов, затем вышел из палаты и начал ходить по коридору. Сказал, что у него много энергии," а сегодня я мало работал, всю энергию не израсходовал — вот и не могу уснуть. Сейчас похожу, энергию израсходую и лягу спать".

Ноябрь-декабрь 1966 года. "Навязывается со своими знаниями во всех областях, сам старается завязать беседу, говорил: "Я прошел и окончил высшую школу и воровскую школу". Его любят все женщины, ему говорят, что он — мужчина-богатырь, его нельзя не любить. У нас в отделении он покорил трех женщин всех возрастов, но на этом не остановится и будет добиваться любви и расположения других".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что В. перенес острое психотическое состояние (шизофрения?, реактивный психоз?), оставившее после себя признаки нерезко выраженного дефекта. На это указывают данные медицинской документации о наличии у испытуемого в прошлом психотических эпизодов с нелепым бредом о перевоспитании и уничтожении общества с идеями величия, расстройствами мышления и выраженными эмоциональными нарушениями, а также данные настоящего психиатрического обследования, выявившие у испытуемого наличие отрывочных идей величия, некритичности к совершенным правонарушениям, аффективной неустойчивости. По своему психическому состоянию В. находиться в местах лишения свободы не может, а нуждается в направлении для

продолжения принудительного лечения в психиатрическую больницу мест заключения".

Анализ болезни В., проведенный автором.

Болезнь началась в пубертатном возрасте (12-13 лет) с личностного сдвига, в котором доминировали психопатические симптомы: ссоры в семье, в школе, по месту работы, побеги из дома, мелкие кражи, употребление алкоголя. Таким образом, психопатический сдвиг сопровождался отчетливым гебоидным компонентом, который в последующем сделался ведущим. По отношению к В. вполне уместен термин "криминальный гебоид". Одновременно с появлением психопатических симптомов у В. возникло резкое снижение энергетического потенциала и, как следствие, социальная дезадаптация. В течение последующих десяти лет в состоянии В. доминировало интенсивное психопатическое (психопатоподобное) поведение (см. характеристику из мест лишения свободы).

На этом фоне у В. в возрасте 23-х лет достаточно остро развился бредовой психоз. Его появлению предшествовало субдепрессивное состояние в форме "унлюст": отвращение к прежнему и настоящему образу жизни, неприязнь и просто злоба к лицам ближайшего окружения. Собственно психоз возник по типу "бредового представления" (K.Jaspers, 1923): внезапное осознание В. бесцельности своего прежнего существования с ясным пониманием того, что́ следует теперь делать — бороться за создание "прекрасного будущего"[1]. Состояние "бредового представления" сопровождалось у В. повышенно-экстатическим аффектом с элементами исступленности, о чем свидетельствует, в частности, его поведение в ИТК после "прозрения". С этого времени повышенное настроение в той или иной форме становится у В. постоянным. Содержанием возникшего бреда являются прежде всего малосистематизированные идеи величия и мессианства. Бредовые идеи параноидной структуры (преследования, отравления) и сенсорные расстройства (воздействие электричеством, вербальные галлюцинации) отступали на второй план и, возможно, появлялись эпизодически. Состояние В. с момента развития психоза можно определить как экспансивную парафрению. Особенность парафренного бреда заключалась в том, что идеи мессианства сопровождались у В. садистическим содержанием: необходимостью уничтожения 70% человечества в масшта-

[1] О значении внезапной смены мировоззрения для диагностики психического заболевания см. примечание к наблюдению N 8? с. 108.

бе земного шара. Этим содержанием бред В. напоминал садистические фантазии психически заболевших детей и подростков.

Психоз отличался не только возникновением большого синдрома. Он сопровождался развитием глубоких речевых расстройств в форме шизофазии (первая СПЭ). Такой психоз (парафренный синдром с явлениями шизофазии) всегда свидетельствует о давности болезни: он обычно появляется в исходном состоянии, которому предшествует хронический бредовой синдром. В данном случае не было предшествующего бредового этапа, а сам психоз В., хотя и продолжался 8 лет (1958-1966 гг.), оказался затяжным приступом, сменившимся неполной ремиссией.

Из позитивных симптомов в ремиссии у В. отмечалось выраженное и стойкое гипоманиакальное состояние. Среди его симптомов особенно обращала на себя внимание неуемная деятельность В., в частности, ежедневная приборка им всех помещений отделения, включая уборные[1]. Средним медицинским персоналом у В. отмечены многочисленные эротические, наивные в своем содержании высказывания, которые можно расценить как фантазии. Гипоманиакальное настроение В. было изменчивым и проявлялось то веселым, то раздраженным, вплоть до злобы, аффектом.

Негативные симптомы определялись в первую очередь резонерством и эмоциональными изменениями: "рассуждал на философские темы"; открыто занимался онанизмом в присутствии персонала. Отмечались также негрубые нарушения мышления — см. данные экспериментально-психологического исследования. Следует отметить имеющееся у В. сознание болезни, относящееся к ряду существовавших ранее психопатологических симптомов, в частности, манеры его высказываний — выспренности. В целом же критическое отношение ко многим прошлым, и особенно к настоящим болезненным расстройствам у В. отсутствовало.

Диагноз: "Приступообразно-прогредиентная одноприступная шизофрения. Приступу предшествовал гебоидный синдром; после приступа возникло затяжное гипоманиакальное состояние". Наличие в бредовом психозе выраженного садистического содержания, а в гипомании — наивных фантазий свидетельствует о

---

[1] В 30-х гг. врач Костромской психиатрической больницы М.М.Кулакова отметила, что если во время депрессии больные начинают мыть уборные, болезнь будет в последующем развиваться хронически. А.В.Снежневский, рассказавший об этом наблюдении врача, был с ним согласен. Автор неоднократно и в прошлом, и в настоящее время (1994 г.) наблюдал подобные случаи. Может быть, описанный симптом встречается и при длительно существующих состояниях, сопровождаемых повышенным аффектом? Во всяком случае, у В. болезнь развивалась на всем своем протяжении, вплоть до второй СПЭ в Институте, непрерывно.

том, что личностные изменения В. сопровождаются отчетливым психическим инфантилизмом. Последнее подтверждает вывод о раннем начале его болезни.

Наблюдение N 18. "Л., 1926 г.р. Обвиняется в систематическом учинении хулиганских действий в амбулатории и клубе. В Институт поступила 10 июня 1959 года.

Со слов испытуемой, по материалам уголовного дела и из медицинских документов известно следующее: родилась в семье служащего, первым ребенком по счету. В детстве росла и развивалась правильно. Из перенесенных заболеваний в детстве отмечает скарлатину, корь, воспаление легких, свинку, ветряную оспу, частые ангины и грипп. Испытуемая рано лишилась родителей. С 6-летнего возраста воспитывалась бабушкой, работавшей в то время военным врачом в Сибири. Сообщает, что была очень способным ребенком, в школу пошла в 6 лет, училась на "отлично", окончила 10 классов. После окончания 10 классов подделала, по ее словам, свидетельство о рождении, исправив год рождения с 1930 на 1926 и поступила на юридический факультет МГУ, где училась 2 года. Отмечает, что в это время у нее было "плохое самочувствие", была "физически ослаблена и истощена", не могла принимать пищу, чувствовала в себе "разобранность" и в связи с этим учебу оставила и уехала в Сибирь к бабушке. После нескольких лет перерыва продолжила учебу в Иркутском институте, но затем учебу оставила. Жила на иждивении бабушки, без цели ездила по городам. В 1950 году была привлечена к ответственности по статье 58, в период следствия помещалась в Читинскую психиатрическую больницу на СПЭ, по заключению которой признана невменяемой как страдающая маниакально-депрессивным психозом (выписка имеется в деле). В той же больнице находилась на принудительном лечении 5 месяцев и была взята бабушкой под расписку в связи с переездом последней в гор. Мичуринск. Как видно из материалов дела, в 1958 году испытуемая перенесла сотрясение мозга, по поводу чего полгода лежала в Иркутской больнице. По выписке она, по ее словам, получила вторую группу инвалидности и уехала к бабушке, где жила до последнего времени. Сообщает, что работать не могла, так как чувствовала в себе "разобранность" и отсутствие работоспособности.

В Мичуринске она начала конфликтовать с рядом руководящих работников города, писала много писем и жалоб в различные инстанции, обвиняя их в различных злоупотреблениях. По ее жалобам неоднократно назначали расследования, но результаты их не удовлетворяли испытуемую и она вновь начинала жаловаться. Испытуемая сообщает, что она была в близких отноше-

ниях с фельдшером амбулатории П. и чувствовала к нему большую привязанность. Вначале он также хорошо к ней относился, но затем изменился. Испытуемая считает, что это связано с влиянием на него руководящих работников города, против которых она выступала. Она неоднократно оскорбляла и избивала П., бросала в него вещи. Живя в помещении амбулатории, так как ее бабушка до ухода на пенсию была главным врачом, испытуемая систематически в течение 1958 года и первые четыре месяца 1959 года конфликтовала с главным врачом Г., фельдшером П., занимала подолгу служебный телефон, заходила в перевязочную без халата, своими скандалами срывала врачебные приемы, требуя оказания ей медицинской помощи, оскорбляла и избивала при этом врача Г., нецензурно бранила сотрудников амбулатории и других граждан, находившихся на приеме. В связи с этим против испытуемой было возбуждено уголовное дело. 28 ноября 1958 года испытуемая была освидетельствована СПЭК в Тамбовской психиатрической больнице. Однако после этого она продолжала вести себя по-прежнему. В январе 1959 года несколько дней подряд приходила в амбулаторию, требуя лечения, наносила оскорбления сотрудникам, мешала им работать. Была направлена Тамбовским облздравотделом на стационарное лечение в Москву, в больницу Кащенко, но от сопровождающего скрылась и в больницу лечь отказалась. 29 января 1959 года, придя в клуб на танцы, ударила по лицу знакомую гр. П., с которой он танцевал, оскорбляла их обоих. В марте месяце 1959 года по собственному желанию испытуемая несколько дней добивалась стационирования в Рязанскую психиатрическую больницу, в чем ей было отказано. В деле имеется копия заключения профессора С. от 2 марта 1959 года, свидетельствующая о том, что испытуемая "страдает психопатией" (в фазе декомпенсации). По роду болезни в стационировании в Рязанскую психиатрическую больницу не нуждается. В конце марта испытуемая совершила самоубийство через повешение, но была спасена. Как видно из материалов дела, испытуемая с 1959 года состоит на учете в психиатрическом кабинете г. Мичуринска с диагнозом: "страдает психическим заболеванием в форме маниакально-депрессивного психоза, маниакальная фаза". В мае 1959 года испытуемая не явилась в судебное заседание, уехала в Тамбов, где, по ее словам, почувствовала плохо с сердцем и общую слабость, в связи с чем получила справку, что в суде присутствовать не может. Затем она поехала в Москву к прокурору и, вернувшись в Мичуринск, была задержана".

"При обследовании в Институте обнаружено следующее: со стороны внутренних органов отклонений нет. Со стороны неврологической: имеется сгибательная контрактура III-IV пальцев правой кисти.

Со стороны психики: испытуемая излишне многоречива, может говорить без умолку в течение длительного времени. В беседу вступает охотно, говорит всегда громко, в повышенном тоне, с выразительной мимикой и жестами. Данные о своей прошлой жизни сообщила подробно, но непоследовательно и бестолково, перескакивая с одной мысли на другую, застревая на мельчайших деталях; многие факты и даты путает, жалуется при этом на плохую память. Сообщает, что с 15-летнего возраста, в связи с частой переменой мест жительства, стала отмечать у себя "плохую житейскую приспособленность, так как выбилась из колеи из-за насильственного изменения окружающей обстановки": периодически наступало такое состояние, когда она ко всему относилась "со стороны", "не могла воспринимать, чтобы не мыслить". В настоящее время жалуется на рассеянность, "разобранность", отвлекаемость, "физическую слабость", чувство "облегченности событий". Себя считает психически здоровой, доказывает, что у нее "не в порядке нервы" и "сдали сдерживающие центры". При беседе о правонарушении возбуждается, становится гневной, со злобой заявляет, что она "добьет своих врагов морально, а не физически". Уверяет, что все "некрасивые поступки" она совершала "в период гнева", так как ее "доводили" до этого. Испытуемая склонна к бредовым толкованиям некоторых событий. Она твердо убеждена, что все ее неправильности связаны с неудачно сложившимися взаимоотношениями с гр. П. Заявляет, что "группа" людей в городе из чувства мести намеренно "стравливает" ее с гр. П., зная об ее "теплых" чувствах к нему. Кроме того, "группа" якобы постоянно "преследует ее" и "превратила" гр. П. "в орудие" для борьбы с ней. В отделении испытуемая расторможена, режиму не подчиняется, назойлива, вмешивается в дела отделения, аффективно неустойчива, раздражительна. Всегда неопрятна, не причесана, спать ложиться в одежде и обуви, ноги при этом кладет на подушку. Очень охотно общается с соседями по палате, с персоналом, навязчиво рассказывая о своем деле и своем отношении к гр. П. Много пишет, читает, делая вслух выводы о прочитанном. Мышление ускоренное, непоследовательное, со склонностью к вычурности. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации недостаточная".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Л. обнаруживает признаки хронического психического заболевания в форме шизофрении. За это говорит наличие глубоких расстройств мышления, его непоследовательность, паралогичность, склонность к соскальзыванию, наличие аффективных нарушений на фоне повышенного настроения и говорливости, отсутствие критики к совершенному правонарушению. Поэтому

Л. в отношении инкриминируемого ей правонарушения следует считать невменяемой. По своему психическому состоянию подлежит направлению на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — август 1964 г.).

"Испытуемая была направлена на принудительное лечение в Тамбовскую психиатрическую больницу. 14 ноября 1959 года врачами этой больницы был написан акт на снятие принудительного лечения. В этом акте, как и в акте экспертного стационарного обследования, указаний на какие-либо психотические симптомы у испытуемой не содержится, диагноз больницы прежний — психопатия.

После выписки из больницы испытуемая уехала из Мичуринска вместе с гр. П., с которым состояла в фактическом браке, в Челябинск, где работала в газете. Через некоторое время они поссорились, П. вернулся в Мичуринск, а Л. уехала на работу в Казахстан, где, по ее словам, она успешно работала в газете, занималась в основном вопросами воспитания молодежи. Эта работа привела ее к анализу роста преступности среди молодежи. Она, по ее словам, всегда пыталась помочь "запутавшейся" молодежи. Считала своим долгом вмешиваться всюду, "где были условия возникновения преступности". Пыталась "бескорыстно" помочь "освободить из заключения ряд лиц, несправедливо осужденных". В 1964 году вернулась в Мичуринск, где продолжала помогать "родственникам заключенных добиваться" освобождения их родных. Брала у них "для адвокатов" деньги, но обещания свои не выполняла. В связи с возбуждением уголовного дела помещалась в Тамбовскую психиатрическую больницу для проведения СПЭ. 28 марта 1964 года комиссия больницы пришла к заключению, что Л. является психопатической личностью, и признала ее вменяемой. Из акта экспертизы видно, что испытуемая во время обследования обнаружила повышенную и неустойчивую эмоциональность, претенциозность, манерность, стремление обратить на себя внимание. Психотических симптомов у нее отмечено не было".

"В Институт поступила 25 августа 1964 года. Обвиняется в том, что в 1961 и в 1962 г. брала у ряда лиц деньги, обещая им содействовать освобождению из мест заключения их родственников, и эти деньги присваивала. Была 24 сентября 1964 года представлена на экспертную комиссию Института, но ввиду неясности клинической картины срок стационарной экспертизы продлен на месяц".

Заключительная комиссия состоялась 3 ноября 1961 года.

"Со слов испытуемой, из материалов уголовного дела и медицинской документации известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"В 1945 году без видимых внешних причин у нее появилось пониженное настроение, сочетавшееся с апатией, вялостью. Было трудно сосредоточить внимание, мысли путались, разбегались, иногда мышление носило насильственный, автоматический характер. Окружающее казалось далеким, отчужденным. И себя, и окружающее "воспринимала как бы со стороны". Забросила учебу, стала неряшливой, питалась кое-как, неделями не выходила из дома. Вернулась к тетке, которая нашла ее значительно изменившейся, странной. Испытуемая жила на иждивении у тетки, по-прежнему ничем не могла заняться (пыталась учиться в Иркутском университете, но не смогла). Все время думала о том, стоит ли жить без родителей. Совершила суицидальную попытку — бросилась в реку. Это состояние продолжалось приблизительно два года. Тетка показывала ее частным образом психиатрам, в больницу же ее не помещали. Испытуемая, когда ее состояние улучшилось, окончила курсы для литературных работников газет, начала работать в периодической печати. В 1950 г. ее привлекли к уголовной ответственности по статье 58 Уголовного Кодекса РСФСР. Ее психическое состояние вызвало сомнение у следователя, и испытуемая была помещена на СПЭ в Читинскую психиатрическую больницу, где ей был поставлен диагноз: маниакально-депрессивный психоз. В выписке из этой больницы указано, что больная находилась в рече-двигательном возбуждении, мышление ее было непоследовательное, отмечались нарушения восприятия, суждений, переоценка собственной личности и отсутствие критического отношения к болезни. После выписки из больницы работала в газете. В 1952 г. во время авиационной катастрофы была контужена, длительное время лечилась в нейрохирургическом отделении. После контузии стала замечать не свойственную ей ранее раздражительность, головные боли, головокружения, чувство растерянности при переутомлении или нервном напряжении. С 1953 года поселилась у тетки в Мичуринске, вела себя в городе неправильно: писала массу различных заявлений во всевозможные инстанции, обличая различных должностных лиц".

"При обследовании в Институте отмечено следующее. Терапевтом диагностирован хронический холецистит. Неврологическое состояние: легкое отклонение языка вправо.

Психическое состояние: испытуемая правильно ориентирована в месте, времени, окружающей обстановке. Во время бесед держится самоуверенно, на вопросы отвечает многословно, с резонерскими отступлениями, но основной линии беседы не теряет, отвечает в плане задаваемого ей вопроса. С апломбом высказывает свои су дения о медицине, юриспруденции, административной и государственной работе, часто упоминала всем

известные имена людей, которых она "лично знала" и которые с ней соглашались, "как умные люди". О людях же, с которыми у нее были столкновения, о лечивших ее врачах и "тамбовском начальстве" говорит едко, с иронией и злобой. В разговоре с врачами и соседями по палате непременно возвращается к своей судебной ситуации, начинает говорить громко, быстро, волнуясь, при этом легко теряет чувство дистанции, такта, становится резкой, грубой, однако, когда это необходимо, может сдерживаться и, учитывая ситуацию, говорит конкретно. Правильно понимает шутливые или иронические замечания собеседника, нередко остроумно отвечает. Очень неохотно говорит о прошлых психотических эпизодах, пытается объяснить их психологическими моментами (расстройством, ситуацией и т.п.). Считает себя психически здоровой, но "нервной и слишком справедливой", чем и объясняет свои многочисленные житейские неурядицы и настоящую судебную ситуацию. В отделении во все вмешивается, дает больным различные юридического характера советы, ничем не занята, почти не читает, недостаточно следит за своей внешностью. Иногда бывает мрачной, злобной, почти не встает с постели, не отвечает на вопросы, однако такие состояния не длятся дольше одного-двух дней. Психотических симптомов (бреда, галлюцинаций и др.) у испытуемой не выявлено. Психологическое обследование выявило склонность к пустому рассуждательству (резонерству), незначительную истощаемость".

Сведения из истории болезни подэкспертной (дополнение автора).

Экспериментально-психологическое исследование — 14, 15 сентября 1964 года.

"Во время двухкратного исследования испытуемая быстро, взволнованно и многословно рассказывает о себе. Речь ее часто витиевата, даже выспренна: "Я проявляла рыцарство (...) вот как кончаются положительные мероприятия среди прохвостов". Обращают на себя внимание элементы переоценки своей роли. Свою деятельность объясняет беспокойством по поводу того, что "область заняла первое место в федерации советской преступности, и я провела параллель между Тамбовской областью и Казахстаном". Испытуемая часто отвлекается несущественными подробностями, перебивает себя, говорит: "Я потеряла мысль". Жалуется на плохую память, говорит, что уже несколько лет не может вспомнить название газеты, в которой работала. Все предложенные задания выполняет охотно, говорит: "Это поединок за отсутствие места в психиатрической больнице". Простой рассказ после второго прочтения передает правильно текстуально и делает по смыслу рассказа вывод. Правильно относит к пословицам соответствующие раскрывающие их смысл фразы (проба на вербальный синкретизм). Последовательность по сериям сюжетных

картин устанавливает со второй попытки, самостоятельно найдя ошибку. Сюжетные картины (простые действия) — репродукции Третьяковской галереи, юмористические зарисовки Бидструпа — объясняет адекватно их содержанию, излишне рассуждая по поводу некоторых из них. Нельзя не отметить усложненные определения, которые испытуемая дает некоторым простым понятиям: ванна — “искусственное удобство”, шапка — “принадлежность одежды”, окно “деталь сооружения, дающая свет”. В пробе на заданную классификацию (выделение 4-го лишнего предмета из группы сходных), наряду с быстрым и правильным выполнением наиболее сложных вариантов, затрудняется в выделении лишнего предмета из нарисованных барабана, фуражки, револьвера и зонтика. Говорит при этом: “Все ерунда, все разные вещи”. “Фуражка и зонтик — защитное, барабан и наган — звучное, хотя наган тоже защитное, тогда барабан лишний. С точки зрения, что фуражка, зонтик и наган от чего-то защищают, а барабан нет”. В методе свободной классификации после первой общей инструкции испытуемая, собрав большинство однородных предметов в мелкие группы (посуда, мебель, фрукты, овощи и пр.), несколько растеряна, затрудняется в выборе дальнейшего принципа действия, говорит: “Помогите”. Затем соединяет все мелкие группы в две группы — “живые” (животные, человек, растения) и “неживые” (предметы), но сомневается в правильности своих действий, говорит: “Тут может быть два принципа, если живые и неживые, то так. Если по принципу, чем пользуется человек, то предметы имеют прямое отношение к человеку”, — и соединяет в одну группу человека и предметы, в другую — животных и растения, много рассуждая при этом. Простые арифметические задачи решает правильно, но, объясняя ход решения одной из них, значительно усложняет ее условие излишними “рассуждениями”. В ассоциативных экспертных (прямой и обратный варианты) и в пробе на переключение с двух одушевленных на два неодушевленных предмета не затрудняется в подборе слов, действует с небольшими латентными периодами, истощаясь, однако, к концу эксперимента. Счет по таблице Крепелина производит неравномерно, без ошибок, истощаясь к концу эксперимента. Устно прибавляет к 10 числа три и четыре попеременно, доводит счет до 100 без ошибок в переключениях с одного числа на другое, однако высказывает ложные сомнения в правильности своих действий, повторяет счет с ошибками к концу эксперимента. В пробе Кооса складывает быстро только первые, наиболее легкие фигуры. Третью выполняет только с помощью экспериментатора, на пятом варианте сильно затрудняется в выборе принципа конструирования.

В исследовании обнаружены элементы полисемантизма (явления, сходные с разноплановостью), смысловые соскальзывания, склонность к рассуждениям. Затруднение в самостоятельном выборе принципа действия. Истощаемость".

Заключение независимого психолога К.: "Фон настроения у больной приподнят (переоценивает свою роль, говорит быстро, многословно, перебивает сама себя). На первый план выступают признаки неравномерности психической деятельности и мотивационная истощаемость. Нарушения мышления отражались в речи больной: отмечалась склонность к рассуждательству, усложненные определения, разноплановость ответов с использованием латентных признаков предметов".

Выдержки из дневников среднего медицинского персонала.

26 августа — 11 сентября: "Всё в Институте ей нравится; знает фамилии всех врачей и профессора; много говорит о своем лечащем враче, созналась, что он ей очень нравится как мужчина, но она старается подавить это чувство; подвижна, очень общительная, охотно рассказывает о своем деле; с каждым затевает разговор, рассказывает, сколько у нее влиятельных знакомых и из Кремля, и из Совета министров; веселая, держится непринужденно, свободно и независимо; с больными ладит, не обижается на них, старается сгладить острые моменты; всецело на стороне персонала; останавливает больных, говорит, что нечего диктовать персоналу — сестра знает, что делает и как обращаться с больными; крайне неряшлива, за собой не следит, не причесывается, кровать не оправляет, везде крошки, с трудом уговорили больную причесаться; получила передачу, очень рада, даже прослезилась, угощает больных. Многословна, навязчива, беспрестанно острит, иронизирует над собой".

11 сентября — 11 октября. "Возмущается порядками, установленными в Институте. Считает, что Институт разваливается: обходы нерегулярны, каждый врач идет к своим больным, так что получается не обход, а "карусель"; многие санитарки выжили из ума. Раздражительная, говорит, что Институт Сербского — это трамплин для карьеристов; с утра возбуждена, многоречива, навязчива; вечером была очень шумна, бегала по отделению, дурачилась; ночью долго не спала, поминутно приходила в дежурку, долго говорила о своей безнадежной любви к лечащему врачу. Всем недовольна, ругает тамбовских врачей, требует беседы с лечащим врачом; весь день кричит, не хочет больше находится в Институте; требует прокурора по надзору. Она содержится здесь без преступления и должна быть выпущена на волю; подвергла резкой критике заведующего отделением, врачей, доктора и т.д.; вечером кричала, была слезлива; высмеивала хозяйственников Института:

"Неделю с потолка капает,

Скоро потолок обвалится,
А они шепчутся, топчутся — и ничего.
Люди в космос летают,
А дырку в уборной законопатить не могут"
(разбивка на строки принадлежит автору).

2 октября — 16 октября. "Очень обрадовалась, получив письмо — теперь 10 лет можно находиться в Институте; настроение хорошее, рассказывает о театре, об актерах; занята обсуждением газетных сообщений, спокойна".

19 октября — 29 октября. "Весь день возбуждена, требует то врачей, то прокурора по надзору; вечером, при обходе дежурного врача, требовала вызвать прокурора по надзору, разговаривала с ним в повышенном тоне; заснула в 2 часа ночи".

30 октября. "Ходила на комиссию, вернувшись, была в хорошем настроении, хвалила врачей, с персоналом приветлива. Ночь спала хорошо".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Л. в настоящее время психическим заболеванием не страдает. Изменения со стороны психики, имеющиеся у нее, должны быть квалифицированы как психопатические. В настоящее время трудно с уверенностью сказать, была ли Л. всегда психопатической личностью, или эти черты характера появились у нее вследствие перенесенного психического заболевания, две вспышки которого — в 44-45 годах и в 1950 году — у нее, несомненно, были (так называемая постпроцессуальная психопатизация личности). В настоящее время, вследствие отсутствия в ее психическом состоянии каких-либо психотических симптомов или признаков значительного дефекта (нарушений мышления, памяти, критических способностей), психическое заболевание у Л. можно уверенно исключить. Особенности ее характера (чрезмерная активность, самоуверенность, вспыльчивость, склонность к рассуждательству и преувеличение своих возможностей) не столь глубоко выражены и не сопровождаются нарушением мышления и критических способностей, и, следовательно, степень изменений со стороны психики у Л. не такова, чтобы она не могла отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Поэтому Л. в отношении инкриминируемых ей деяний следует считать вменяемой".

Анализ болезни Л., проведенный автором.

Болезнь в явной форме проявилась в возрасте 19 лет. Во все последующие годы, вплоть до второй СПЭ в Институте, она оп-

ределялась биполярными (депрессивными, субдепрессивными, маниакальными, гипоманиакальными) расстройствами.

Первый манифестный приступ представлял собой адинамическую депрессию: сниженный аффект сопровождался вялостью, бессилием, апатией. Одновременно существовали отчетливые дереализационно-деперсонализационные расстройства с явлениями, близкими к расщеплению своего "я": окружающее казалось далеким, отчужденным; воспринимала себя и окружающее как бы со стороны; ощущала в себе "разобранность". Депрессия сопровождалась также выраженными нарушениями мышления в форме малого психического автоматизма — ментизма (мышление носило насильственный, автоматический характер — "путающиеся, разбегающиеся мысли").

После сглаживания депрессии у Л. выявилось отчетливое снижение энергетического потенциала: невозможность продолжить учебу, проживание на иждивении родственницы. Нарушение трудоспособности наблюдалось у Л. всю последующую жизнь. Оно колебалось, в зависимости от наступавших в дальнейшем психических расстройств, от сниженной трудоспособности до полной социальной дезадаптации.

Второй манифестный приступ в форме маниакального состояния возник у Л. в 24 года (1950). Привлечение Л. к уголовной ответственности по статье 58 — скорее всего, свидетельство того, что в этот период времени у нее уже существовало маниакальное состояние, при котором всегда наблюдаются неосторожные высказывания: Л. в маниакальном состоянии всегда говорила много и громко, не стесняясь в выражениях (см. историю болезни в различные периоды жизни подэкспертной).

Диагноз СПЭ Читинской психиатрической больницы (М.Д.П.) и краткая характеристика психического состояния Л. в тот период (см. данные первой СПЭ Института) подтверждают наличие у нее в то время маниакального состояния.

Все последующие годы у Л. описывались состояния повышенного настроения. Данные, приведенные в акте при первой СПЭ в Институте (см. психический статус), позволяют говорить, что у Л. в последующем бывали и депрессивные состояния, сопровождавшиеся деперсонализационно-дереализационными расстройствами.

Таким образом, развитие болезни у Л. определялось биполярной, скорее всего, континуальной, циркулярностью. Состояния повышенного настроения сопровождались у Л. перед поступлением на первую СПЭ в Институт сутяжным поведением, параноидной настроенностью и нарушениями, внешне не отличимыми от психопатических (грубость, бесцеремонность, агрессивность и т.п.). Однако подобные формы поведения характерны и для лиц, находящихся в состояниях повышенного настроения,

особенно когда они возникают на фоне личностных изменений. Наличие последних (нарушения в сфере мышления, эмоций и воли) подтверждается клиническими фактами, приведенными в обосновании диагноза "шизофрения" при первой СПЭ в Институте. При второй СПЭ изменения личности подтверждались как клинически (резонерство, витиеватость, выспренность речи, выраженная неопрятность и др.), так и данными экспериментально-психологического исследования.

При первой СПЭ симптомы дефекта были выражены более резко, в связи с тем, что у Л. доминировало маниакальное состояние, которое делает больных временно более измененными. При второй СПЭ преобладали гипоманиакальные расстройства, а маниакальные возникали эпизодически, в вечерние часы. Тем не менее, личностные изменения при второй СПЭ были отчетливыми и по своим особенностям не отличались от тех, которые наблюдались при первой СПЭ. Особенности повышенного настроения и при первой, и при второй СПЭ проявлялись в наличии то веселой, то гневливой, то злобной мании или гипомании. Кроме того, при второй СПЭ повышенное настроение у Л. сочеталось со сверхценными идеями (бредом?) реформаторства — борьба с детской преступностью.

Диагноз: "приступообразно-прогредиентная (циркулярная) шизофрения, биполярное непрерывное течение".

Повышенное настроение, в структуре которого наблюдаются психопатические или психопатоподобные расстройства, а также сверхценные идеи притязания (у Л. это было сутяжничество и реформаторство), очень часто сопровождается асоциальным поведением. У Л. последнее проявлялось в систематических хулиганских действиях и мошенничестве — жульнических поступках с корыстными целями.

Наблюдение N 19. "Ф., 1937 г.р. Обвиняется в хищении государственного имущества, подстрекательстве к даче взятки, мошенничестве, подделке и систематическом похищении у граждан документов. В Институт поступил 9 февраля 1971 года. С 17 марта 1971 года был представлен на комиссию, но в связи с неясностью клинической картины срок пребывания испытуемого на СПЭ был продлен".

Заключительная СПЭК состоялась 21 апреля 1971 года.

"Согласно материалам уголовного дела, со слов матери испытуемого и самого испытуемого известно следующее. Дядя, тетя отца испытуемого, двоюродный брат испытуемого страдали психическими заболеваниями. Дед и бабка испытуемого по линии матери умерли в психиатрической больнице. Мать отличается неустойчивым настроением. Испытуемый в детстве развивался

правильно. Перенесенных заболеваний не помнит. По характеру был замкнутым, малообщительным. Увлекался боксом. В 5-летнем возрасте имел травму головы с потерей сознания, но по этому поводу к врачам не обращался. Обучение начал в срок, учился хорошо, окончил 10 классов. В 1955 году поступил в летное училище. Намеревался жениться, но, со слов матери, его невеста покончила жизнь самоубийством. Узнав о ее гибели, испытуемый в течение трех суток лежал лицом вниз, не принимал пищу. В дальнейшем просил отчислить его из училища. В 1957 г. он попал в аварию, находился в бессознательном состоянии около 3-4 часов. Лечился полтора месяца в госпитале. По выздоровлении был переведен в Ульяновское летное гражданское училище. В это время он был мрачен, угрюм, малообщителен. По ночам играл в карты. За карманную кражу был осужден на 1 год лишения свободы. Отбывал наказание в Воркуте. После освобождения в 1959 году женился. Работал техником-испытателем, затем руководителем группы п/я N ... Московской области. В 1961 году поступил на заочное отделение Казанского химико-технологического института. После третьего курса был переведен на второй курс Московского института химического машиностроения. Одновременно с учебой продолжал работать, часто менял места работы. В 1966 году работал в НИИ химической промышленности в качестве инженера. В этом же году был судим за мошенничество на два года лишения свободы. Отбывал срок полностью. По словам матери, испытуемый после отбытия наказания вернулся домой неузнаваемым. Не проявлял интереса к родителям, к сыну, к жене. Молча мог сидеть часами, потом состояние депрессии сменилось бесшабашным весельем. В 1968 году стал работать на опытном заводе пластмасс в лаборатории инженером. Из производственной характеристики известно, что он к работе относился добросовестно, проявил себя знающим дело специалистом; с октября 1969 года стал допускать нарушения трудовой дисциплины, стал безынициативным, в общественной жизни завода участия не принимал. Продолжал учебу в институте. В 1968 году перевелся на третий курс Всесоюзного заочного института пищевой промышленности.

Из материалов уголовного дела известно, что испытуемый 24 ноября 1969 года из спортзала Брянского производственного объединения спиртовой и ликеро-водочной промышленности путем мошенничества совместно с гр.гр. Р., С. и Г. совершил хищение 21130 литров спирта-ректификата на сумму 24031 рублей. В октябре-декабре 1969 года под предлогом оказания услуг в приобретении автомашины "Волга" он путем обмана получил и присвоил себе деньги гр.гр. Г. и Б. В январе 1970 года испытуемый похитил у гр. П паспорт, подделал его и, скрываясь от органов следствия, использовал паспорт для проживания в гости-

ницах и на частных квартирах. 27 июля 1970 года испытуемый был задержан. В период предварительного следствия по настоящему делу испытуемый давал показания, адекватно защищался. По ходатайству матери, согласно определения Московского городского суда от 5 января 1971 года, был направлен на СПЭ.

При освидетельствовании 15 сентября 1970 года 5-й АСПЭК Главного Управления здравоохранения в учреждении ИЗ-48/2. На вопросы отвечал по существу, последовательно, но недостаточно искренне. Инкриминируемые ему правонарушения не отрицал, объяснял их тем, что ему нужны были деньги для открытия своей лаборатории по изучению злокачественных опухолей. Со стороны внимания, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы каких-либо патологических отклонений комиссией выявлено не было. Испытуемый был признан психически здоровым, вменяемым. 5 января 1971 года в судебном заседании испытуемый предложил несколько тетрадей, в которых описывал свою "теорию" происхождения раковой болезни и методов ее лечения. Присутствующим на суде психиатром-экспертом состояние испытуемого было расценено как реактивный психоз (симуляция?) и было рекомендовано стационарное обследование в Институте имени профессора В.П.Сербского".

"В Институте установлено следующее. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Неврологическое состояние: легкая ассиметрия носогубных складок, красный стойкий дермографизм. Заключение невропатолога: "вегетативная дисфункция".

Психическое состояние. Испытуемый правильно ориентирован в окружающем, понимает цель направления на экспертизу. Во время беседы держится с чувством собственного достоинства. Рассказывает, что с 1960 года после бесед с медиками понял, что проблема рака развивается медленно и никто не заинтересован помочь умирающим от рака, поэтому он сам решил заниматься этой проблемой. Читал соответствующую литературу (назвал ряд работ по онкологии), хотел организовать "частную лабораторию", где предполагал ставить опыты на животных. Якобы обращался к ведущим онкологам страны с просьбой оказать помощь в организации этой лаборатории, но везде получал отказ и тогда решил организовать ее на свои средства. Говорит, что он нашел причину раковой болезни и способы ее лечения. После опытов на кроликах "доказал", что в природе есть травы, которые препятствуют образованию опухолей, а спирт в сочетании с этими травами и ультразвуком оказывает рассасывающее действие. Сообщил, что его исследования являются исключительными, что в скором будущем его признают великим онкологом, так как он спасет человечество от самой страшной болезни, но ему

не помогают, не хотят понять всей значимости его работы. Якобы на работе по отдельным замечаниям и фразам сотрудников понял, что его отдельные предложения используются товарищами и выдаются за свои, и некоторые "мысли о раковых опухолях" он встречал в других печатных работах. Намекает, что, возможно, он где-то их высказывал и они были "подхвачены, а теперь это не докажешь". Отмечает, что временами у него появляется апатия, ничего не хочется делать в эти дни, но бывают дни, когда становится деятельным, активным, "хочется творить". Говорит, что последние годы он "интеллектуально" вырос, стал проницательным, может угадывать мысли людей, так как обладает телепатическими возможностями, поэтому находиться в обществе людей ему не всегда интересно. Отмечает, что эпизодически в течение последних нескольких лет слышит оклики по имени, а в 1965 году однажды вечером перед глазами показалось какое-то странное существо. В отделении несколько подавлен, много пишет о своих взглядах на лечение рака, в записках прибегает к "шифру", так как, по его словам, опасается, что его "открытие" может быть похищено. Говорит, что "в условиях ареста" ему легче стало работать, так как здесь никто не мешает, а когда окружающие начинают обсуждать его (это возникает непериодически), он старается побыть один. Настроение испытуемого иногда понижено, в такие дни он жалуется на тревогу, страх, говорит, что у него предчувствие надвигающейся опасности. Врача однажды принял за знакомого, с которым когда-то встречался. По его словам, и в прошлом у него бывали случаи, когда он незнакомых людей принимал за знакомых. Говорит, что самым главным для него является работа, подчеркивает, что ребенок, близкие для него "отодвинулись на задний план", но сын это поймет, ведь главное — это излечение людей. Считает себя психически здоровым и полагает, что на суде он огласит все свои теории, сможет убедить суд в важности проблем и в последующем добьется помощи в работе".

Дополнение, взятое автором из истории болезни подэкспертного.

1/III-1971 г. "Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает тонкие нарушения мышления испытуемого, выражающиеся в обобщениях по "слабым" признакам, "соскальзывания", уравнение в значимости конкретного и абстрактного, снижение понятийного мышления. Следует отметить охваченность своими идеями, которые проецируются в пробе Роршаха, внутреннюю тревогу, страх".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. обнаруживает признаки временного болезненного расстройства психической деятельности в форме затяжного реактивного состояния. В связи с этим в настоящее время решить

вопрос о психическом состоянии испытуемого в момент совершения инкриминируемых ему деяний не представляется возможным. По своему психическому состоянию Ф. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа до выхода из указанного болезненного состояния, после чего могут быть решены указанные вопросы".

Катамнез (из акта СПЭ института — июль 1973 года).

"19 декабря 1971 года испытуемый поступил на лечение в Орловскую психиатрическую больницу специального типа. Первое время испытуемый был безынициативен, вял, о своих открытиях и "экспериментах" ничего не рассказывал. В процессе лечения он стал более доступным контакту, утверждал, что нашел "новый" метод лечения рака, но рассказывать о нем отказывался. Рассказывал, что еще до ареста неоднократно видел как на "экране" церковное шествие, чувствовал запах ладана. Утверждает, что жена и ее мать хотели от него избавиться, травили его. В отделении он держался высокомерно, считал себя выдающейся личностью. Завел несколько тетрадей, в которых описывал приспособления для опытов над животными. Многие страницы были "зашифрованы". Периодически у испытуемого отмечались состояния пониженного настроения — до 2-3 недель. 4 апреля 1973 года Центральная экспертная комиссия Орловской специальной психиатрической больницы пришла к заключению, что испытуемый психогенного психоза не обнаруживает; есть основания предполагать, что он болен шизофренией".

Из акта специальной психиатрической больницы г. Орла от 4 апреля 1973 года (взято автором из истории болезни Ф. при СПЭ в Институте — июль 1973 г.).

"Бабка по линии отца страдала шизофренией. Бабка по линии матери была жестокой по отношению к внукам, со странностями в поведении — клала на стол свежевыпеченные булочки, а сама с хворостиной подстерегала внуков под столом. Со слов сестры, был склонен к уединению. Со старших классов сестра не находила с ним общего языка, хотя ранее была с ним очень дружна. Особенно изменилось поведение брата в 1969 году, когда трудно было понять его высказывания, трудно было вести с ним беседу, был скрытным. Со слов второй жены, в этот год был чрезмерно активным, хотя его деятельность давала мало кокретных результатов, временами подолгу лежал без дела. При малейшей возможности знакомился с медиками, затевал с ними продолжительные споры, во время которых говорил с большим апломбом. Иногда выдавал себя за врача, принимал предложения консультировать больных на дому. В одном из таких случаев хладнокровно заявил старушке, что у нее гангрена и надо ампутировать

ногу. С 1969 года сестра избегала его знакомить с ее друзьями, опасаясь, что его странности ее скомпрометируют".

"В Институт испытуемый поступил 24 июля 1973 г. 22 августа и 19 сентября 1973 г. испытуемый представлялся на комиссии, но в связи с неясностью клинической картины срок его пребывания в Институте продлевался".

Заключительная СПЭК состоялась 17 октября 1973 года.

"Согласно материалов уголовного дела, со слов матери испытуемого и самого испытуемого, из медицинской документации известно следующее" — дополнение к анамнезу.

"Со слов сестры испытуемого, в старших классах испытуемый заметно изменился по характеру: стремился к уединению, готовил себя "к высшим целям", поддерживал знакомство в основном с детьми высокопоставленных родителей. Как сообщает испытуемый, после выписки из госпиталя и перевода его в училище гражданской авиации в 1957 г. он почти ни с кем не общался, был мрачным, угрюмым. В 1963 году от рака умер дядя испытуемого. В это время появились мысли, что он сможет разработать "новую теорию" лечения рака, по вечерам видел похоронное шествие, слышал пение и "голоса". После освобождения в 1968 году, по словам матери, по ночам ходил по квартире, разговаривал сам с собой. Сестра рассказывает, что он стал скрытным, тайком уносил из дома кроликов. Приобрел несколько учебников для медицинских институтов и часто хвастал знакомством с известными медиками. Иногда выдавал себя за врача, консультировал больных на дому, при этом держался высокомерно, говорил с большим апломбом. Убеждал свою сестру, что она страдает раком и что вылечить ее может только он".

"При настоящем обследовании в Институте установлено следующее. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Неврологическое состояние: слабоположительный симптом Брудзинского (нижний) с двух сторон, слегка сглажена носогубная складка справа, умерено повышены сухожильные рефлексы, дермографизм красный, стойкий. Заключение невропатолога: "органическое поражение центральной нервной системы, по-видимому, травматической этиологии". Электроэнцефалографическое обследование: "отмечаются нерезко выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с некоторым акцентом изменений в правом полушарии".

"Психическое состояние. Испытуемый в контакт вступает охотно. В месте, времени, окружающем ориентирован правильно. Во время беседы держится с чувством собственного достоинства. Рассказывает, что с 1963 года после бесед с медиками понял, что проблема лечения рака решается очень медленно, что нужны "новые" теории. Поэтому испытуемый сам решил заняться этой проблемой. Стал читать работы по онкологии, хотел ор-

ганизовать “частную лабораторию”, в которой предполагал производить опыты на кроликах. Обращался к ведущим онкологам страны с просьбой оказать ему содействие в организации лаборатории. Однако он везде получал отказ. Тогда испытуемый решил организовать ее на свои средства. Утверждает, что он нашел причину заболевания раком и способы его лечения. После опытов на кроликах “доказал”, что есть травы, которые препятствуют образованию опухолей, а спирт в сочетании с этими травами и ультразвуком оказывает рассасывающее действие на опухоль. Тут же говорит, что уверен в том, что его исследование имеет исключительное значение для онкологии. Его заслуги высоко оценит человечество, но что сейчас ему никто не хочет помогать, не понимает значительности его работы. Считает, что его отдельные предложения используются другими учеными и выдаются ими за свои собственные. Свое деяние не считает противоречивым, объясняет, что ему для опытов нужно было много спирта, а законным путем он его не мог достать. Подделку паспорта объяснил тем, что ему нужно было скрываться, чтобы до суда закончить свои “эксперименты”, а на суде изложить свои “новые теории”. Рассказывает, что еще задолго до ареста несколько раз видел “как на экране” церковные шествия, ощущал запах ладана. Утверждает, что жена хотела его отравить, а теща с помощью воздействия биотоков настраивала жену против него. Отмечает, что временами у него появляется апатия, когда ничего не хочется делать, но временами бывают дни, когда появляется активность, чувство прилива энергии, “хочется творить”. Добавляет, что в последние несколько лет стал обладать “телепатическими способностями”: может угадывать мысли на расстоянии. В отделении в общении с окружающими испытуемыми высокомерен, у него отсутствует чувство дистанции в обращении с персоналом. Считает себя одаренной, выдающейся личностью. Периодически конфликтует с некоторыми испытуемыми. Часто рисовал портреты испытуемых, общался с дефектными больными. Показывал тетради с “изложением основ своих новых теорий” лечения рака. В этих записях много паралогических, резонерских рассуждений о раковых заболеваниях, о медицине, описание приспособлений для лечения его методом. В записях выявляется символика, некоторые страницы зашифрованы цифрами. Настроение испытуемого ровное, он несколько беспечен, психически больным себя не считает. Понимает, что может быть осужден, но говорит об этом равнодушно, безучастно. Эмоциональные реакции больного монотонные, тусклые, маловыразительные. Мимика бедная. При экспериментально-психологическом исследовании выявляются нерезко выраженное нарушение мыслительных процессов (тонкие понятийные диф-

ференцировки), процессов памяти (привнесения), ассоциативных процессов, структуры восприятия".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Ф. страдает хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о появлении у испытуемого с 1963 г. характерного для шизофрении личностного сдвига в виде появления аутизма, безразличия, охлаждения к близким, немотивированных колебаний настроения с присоединением в последующем отрывочных идей отравления, стойких бредовых идей изобретательства в сочетании со зрительными и слуховыми псевдогаллюцинациями. Шизофренический процесс в данном случае отличался медленным течением, не сопровождался грубыми нарушениями мышления и эмоциональным опустошением, что обусловило относительно хорошую трудовую адаптацию испытуемого. Настоящее клиническое психиатрическое обследование испытуемого также выявило характерные для шизофренического процесса нарушения в сфере мышления (разноплановость, аморфность, символика, паралогичность) с бредовыми идеями отравления, изобретательства, величия, эмоционально-волевыми нарушениями (замкнутость, аутичность, апатия, тусклость и монотонность эмоциональных проявлений), сочетающихся с отсутствием критики к своему психическому состоянию и содеянному. Поэтому Ф., как страдающий хроническим психическим заболеванием, в отношении инкриминируемых ему деяний следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию Ф. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — ноябрь 1982 г.).

"С 23 ноября 1973 года по 23 сентября 1974 года испытуемый находился в Орловской психиатрической больнице специального типа. В процессе лечения он был правильно ориентирован, доступен контакту, эмоционально адекватен, высказывания об открытии относил к проявлениям психического заболевания, называл их бредом. В отделении много рисовал, лепил фигурки. 23 сентября 1974 г. испытуемый с диагнозом : "шизофрения, стойкая терапевтическая ремиссия с 1973 г." был переведен для продолжения лечения в психиатрическую больницу общего типа. Как следует из выписки из истории болезни, с 26 сентября 1974 г. по 8 декабря 1974 г. он находился в Московской психиатрической больнице N 14 с диагнозом: "Шизофрения. Состояние ремиссии". За время пребывания в больнице психотических проявлений у него не проявлялось. 8 декабря 1974 г. он совершил побег. При задержании работниками милиции 20 марта 1975 года пояснил, что побег совершил потому, что переживал за здоровье матери, так как она перенесла инфаркт. После возвращения в

больницу N 14 он был спокоен, избирательно общителен, с критикой относится к прежним высказываниям, продуктивной симптоматики не обнаруживал, однако в то время у него был выявлен сахарный диабет. 26 декабря 1975 года испытуемый был выписан с диагнозом: "Шизофрения, состояние ремиссии. Сахарный диабет средней степени". После выписки работал в ювелирной мастерской, оформил развод с первой женой и женился на женщине, с которой сожительствовал с 1969 года. Из показаний второй жены (в уголовном деле) известно, что после того, как у испытуемого в 1975 году был выявлен диабет, он сильно изменился, стал раздражительным, истеричным — "просто комок нервов". Согласно данным справки в уголовном деле и истории болезни N 254, в 1976 году против испытуемого было возбуждено уголовное дело в связи с квартирными кражами, мошенническими действиями и подделкой документов. В течение года испытуемый скрывался от следствия и был задержан в 1977 году с поддельными документами и в форме летчика ГВФ. 6 июня 1977 года он проходил АСПЭК. При обследовании был спокоен, упорядочен в поведении, несколько однообразен. Утверждал, что он психически здоров. Пояснил, что им создана стройная система лечения раковых заболеваний, однако сейчас эти идеи для него "поблекли". Испытуемый был признан невменяемым с диагнозом: "шизофрения". С 6 декабря 1977 года по 23 июля 1979 года он находился на лечении в Ленинградской психиатрической больнице специального типа, где был общителен, деятелен, эмоционально адекватен, продуктивной симптоматики не обнаруживал, предъявляемым в прошлом болезненным переживаниям давал психологически понятные объяснения. При психологическом исследовании нарушений мышления у него не отмечалось, выявлялась некоторая подозрительность и застревание эмоций (злопамятность). 22 июля 1979 года с диагнозом: "Шизофрения. Состояние дефекта" был переведен в психиатрическую больницу общего типа. Согласно данным истории болезни N ... , с 31 июля 1979 года по 24 декабря 1979 года он находился в психиатрической больнице "Орловка", где был спокоен, вежлив, корректен, заявлял, что в прошлом "был болен", "заблуждался"; в отделении был деятелен, много рисовал. 24 декабря 1979 года принудительное лечение с испытуемого было снято и он был выписан с диагнозом: "Шизофрения. Состояние ремиссии с дефектом".

В дальнейшем испытуемый проживал с семьей в г. Загорске. ПНД посещал нерегулярно, специального лечения не получал, временами отмечал у себя вспыльчивость, раздражительность. Из служебно-производственной характеристики видно, что с 14 февраля 1980 года он работал на Загорской фабрике игрушек в должности художника производственного отдела. При этом об-

наруживал хорошее знание технических приемов работы художника по дереву, создал около 30 образцов, один из которых был внедрен в производство. С товарищами по работе имел хорошие отношения, легко сходился с людьми, однако на замечания реагировал болезненно, допускал "горячность, переходящую в грубость, оскорбления и угрозы". Родители испытуемого в своих показаниях характеризуют его как доброго, общительного, увлекающегося, вспыльчивого человека, любящего отца. Жена испытуемого отмечает, что его "очень выматывала болезнь — диабет" и в связи с этим он бывал раздражительным. В то же время к детям относился с любовью, по натуре был добрым. Из выписки из истории болезни N ... известно, что с 8 августа 1982 года по 14 сентября 1982 года испытуемый находился на лечении в Институте экспериментальной эндокринологии и химии гормонов с диагнозом: "Сахарный диабет. Инсулинозависимая тяжелая форма. Диабетическая ангиопатия сетчатки первой степени". После коррекции доз инсулина состояние его улучшилось и он был выписан под наблюдение районного эндокринолога.

Как видно из материалов уголовного дела, испытуемый организовал преступную группу, в которую вошли Б. и З. 19 июня 1981 года и 8 июля 1981 года ими были совершены две квартирные кражи в г. Москве, при этом были похищены золотые вещи, иконы, старинные книги и другие ценности. В ночь с 15 на 16 ноября 1981 года З. по указанию испытуемого был совершен поджог гаража, в котором стояла машина директора фабрики игрушек — А. После задержания Б. и З. указали на Ф. как на организатора всех краж и пояснили, что после их знакомства в 1979 году Ф. давал им деньги на "личные расходы", рассказывал о тех благах, которые дает преступная деятельность, а затем, зная их зависимость, "стал командовать" и угрожать в случае предательства расправой. В ходе следствия испытуемый активно защищался, категорически отрицал свою причастность к данным правонарушениям. В то же время, находясь в СИЗО, вел тайную переписку с соучастниками, в которой требовал от них отказаться от обвинений в его адрес, давал подробные инструкции на этот счет. Во время АСПЭК 27 октября 1982 года испытуемый сведения о себе сообщал отрывочно, заявлял, что сейчас он здоров, а тогда "заблуждался". Говорил, что лечится травами по поводу сахарного диабета и что от этого "стало лучше с головой". Утверждал, что верит в Бога, что дело на него "сфабриковано".

"На экспертизу в Институт имени В.П.Сербского поступил 24 ноября 1982 года. 10 января 1983 года был представлен на комиссию, но в связи с неясностью клинической картины срок его пребывания в Институте был продлен".

Заключительная СПЭК состоялась 2 февраля 1983 года.

"Из материалов уголовного и личного дел, из медицинской документации и со слов испытуемого известно следующее" — дополнение к предыдущим анамнестическим сведениям.

"Среди родственников испытуемого есть душевнобольные, в том числе страдающие шизофренией. Как сообщает испытуемый, в дошкольном возрасте его воспитывала бабушка, которая якобы "издевалась над ним", "закрывала на ночь в свинарнике". В связи с этим неоднократно убегал из дома. Во время одного из побегов, накануне ВОВ, попал в Ленинградский детский дом, где находился в течение трех лет, будто бы пережил блокаду. В 1944 году был разыскан родителями, с 12 лет постоянно проживал в Загорске. Занимался в школе общественной работой, посещал музыкальную школу. Охотно и хорошо рисовал. Занимался боксом, якобы имел звание мастера спорта. По словам испытуемого, по характеру он был общительным, "по натуре романтиком". Мечтал о профессии полярного летчика, готовил себя к различным испытаниям, "вел спартанский образ жизни". Посещал занятия в Московском авиаклубе. Как сообщает сестра испытуемого в 1972 году (данные истории болезни N ...), в детстве он был склонен к уединению, в старших классах "готовил себя к высоким целям, поддерживал знакомства почти исключительно с детьми высокопоставленных родителей". В училище учился легко. Предпочитал точные науки. По его словам, ему нравилась воинская дисциплина, любил, чтобы все было на своих местах. Из рассказа второй жены испытуемого известно, что он тяжело переживал смерть невесты, "было снижено настроение", стал злоупотреблять алкоголем, играть на деньги в карты с сослуживцами. Как сообщает испытуемый, в то время он неделю не ел, "казалось", что пища пахнет свечным нагаром, плохо спал, видел невесту во сне, трижды ночью просыпался и "видел" в казарме нечетко, "как дымку", церковное шествие со свечами, "вроде бы слышал при этом музыку, шелест одежды". По окончании училища испытуемому было присвоено звание лейтенанта и квалификация летчика бомбардировочной авиации, однако в связи с сокращением штатов испытуемый был уволен в запас по статье 59 п. "в" (из военного билета в уголовном деле) и переведен в ГВФ. Службу начал в Заполярье (Норильск). После освобождения из заключения в 1958 году испытуемый вернулся в Норильск, где продолжал службу в качестве техника-испытателя, по-прежнему занимался боксом. Из беседы сестры испытуемого с врачом известно, что в тот период времени он был высокомерен, не терпел возражений, говорил поучающим голосом. По словам испытуемого, в 1961 году он при посадке самолета потерпел аварию, длительное время был без сознания, имел множественные переломы, в связи с чем в течение четырех месяцев на-

ходился в госпитале и в дальнейшем был признан негодным к летной службе (объективных данных нет). Несмотря на перенесенные травмы, продолжал успешно заниматься боксом, выступал на соревнованиях. По словам испытуемого, его отношения с первой женой не сложились, так как она часто употребляла алкогольные напитки. Кроме того, якобы со слов тещи, случайно узнал, что его жена уже дважды была замужем. После этого почувствовал "брезгливость" к ней, испытывал обиду за ложь. В 1963 году после очередного конфликта оставил жену и уехал в Москву. Из показаний отца испытуемого известно, что сын оставил жену по причине, что она оказалась "гулящей". С октября 1969 г. у него начали отмечаться случаи нарушения трудовой дисциплины (из характеристики), а 30 декабря 1969 года на работу он не вышел. Из показаний второй жены испытуемого известно, что во время знакомства с ней в 1969 году испытуемый представился врачом, приехавшим для повышения квалификации из Сибири. При этом производил впечатление преуспевающего человека, хорошо обеспечил ее материально, был ласков, заботлив. В то же время, иногда "давал нервные срывы", "был злобен с некоторыми приятелями". Увлекался медициной, собирал "медицинские вырезки", запрашивал из библиотек медицинские статьи. Мать испытуемого при беседе с врачом подтвердила, что в то время он при встрече с медиками всегда заводил разговор о раковых заболеваниях, читал учебники по медицине, журнал "Курьер". Сестра испытуемого сообщает, что в 1969 г. "трудно было понять его высказывания", он был скрытным, "высказывал идеи величия", в течение года тайком уносил из дома кроликов, объяснял, что кролики ему нужны для Института онкологии, часто хвастался знакомствами с крупными специалистами по медицине, иногда выдавал себя за врача".

"При настоящем обследовании в Институте выявлено следующее. Соматическое состояние. Сахар натощак — 259 мг.%; в 11 часов — 480 мг.%; в 14 часов — 276 мг.%. Заключение консультантов терапевта и эндокринолога: "сахарный диабет, инсулинозависимый, тяжелая форма". Неврологическое состояние. Легкая ассиметрия носогубных складок. Дермографизм стойкий красный. Рентгенография черепа: усиление пальцевых вдавливаний в лобном отделе. На глазном дне сужение артерий, точечные кровоизлияния в сетчатке и белые очажки. Заключение невропатолога: "вегето-сосудистая дистония".

Психическое состояние. Испытуемый правильно ориентируется в месте, времени, собственной личности. Понимает цель назначения на экспертизу. Контакту доступен. Во время беседы держится с достоинством. Вежлив, несколько льстив, угодлив. Старается расположить к себе врача. Жалоб на психическое здоровье не предъявляет. Сведения о себе сообщает достаточно

подробно, последовательно, логично. Заявляет, что в прошлом он был болен, так как "врачи не ошибаются", однако затем, примерно с 1972-1973 гг., "выздоровел". Поясняет, что в 1969 году, якобы под влиянием знакомого врача, у него постепенно возникала "убежденность", что раковые заболевания излечимы. Был охвачен этими идеями, читал медицинскую литературу, доставал и конструировал аппаратуру, участвовал в экспериментах, разработал гипотезы, вкладывал в эти предприятия большие деньги. В то время считал, что стоит на краю открытия, был очень деятелен. Чтобы достать деньги для экспериментов, постоянно добывал спирт, при этом приходилось употреблять его самому, испытывая "перенапряжение", жил "как в лихорадке". Рассказывает, что в этот период на улице в толпе иногда слышал "оклики" по имени, ночью просыпался и "видел" перед глазами "страшное чудовище", испытывал страх. Вспоминает, что тогда у него было и "болезненное восприятие" отношений с тещей. Говорит, что после проведения лечения все эти переживания исчезли. Кроме того, в результате длительных бесед с врачами, чтения соответствующей литературы постепенно сам пришел к выводу, что все его разработки по лечению рака носят примитивный, беспочвенный характер и потерял к ним интерес. Утверждает, что с 1973 года чувствует себя здоровым. Каких-либо "последствий" перенесенной болезни у себя не отмечает. По характеру считает себя "человеком слова", уважающим порядок и дисциплину. Отмечает, что после заболевания диабетом стал более вспыльчивым, несдержанным. Считает, что своею "деятельностью" сократил себе жизнь, приобрел на этой почве диабет. Говорит, что ему, видимо, пора "пересмотреть" свою жизнь, так как главное его "богатство" — дети. Дети растут без него. Тепло говорит о своих сыновьях, жене. При этом на глазах появляются слезы. В отношении инкриминируемых ему деяний свою вину категорически отрицает, активно защищается. Утверждает, что мальчики его "оговорили", так как бабушка одного из них — якобы бывший прокурор и связана с директором фабрики игрушек. Последний будто бы давно хотел избавиться от испытуемого из-за "расхождений" взглядов на производство. В отделении Института испытуемый избирательно общителен, пользуется авторитетом среди других испытуемых, провоцирует их на конфликты с персоналом, между собой, при этом всегда стремится остаться в стороне, не привлекать к себе внимания. С младшим персоналом высокомерен, требователен, бесцеремонен, с врачами держится вежливо, соблюдает дистанцию. Иногда деликатно, в ненавязчивой форме старается узнать интересующие его сведения, мнение врачей о его психическом здоровье, при этом обеспокоен сложившейся ситуацией. Временами делает

9 Зак. 500

рисунки на библейские темы. В рисунках обнаруживает конкретность, излишнюю детализацию, обстоятельность. При клиническом и экспериментально-психологическом исследованиях нарушений операционной сферы мышления и целенаправленности мыслительной деятельности не отмечается. Мышление несколько ригидное, но последовательное и логичное. Выявляются эмоциональное напряжение и высокий уровень ситуационной тревоги, а также характерологические особенности в виде несколько повышенной самооценки и тенденции к тщательному самоконтролю. Продуктивной симптоматики (бреда, галлюцинаций) у испытуемого не выявлено. Память, интеллект — без грубых нарушений. Критика к своему состоянию и сложившейся ситуации у испытуемого не нарушена".

Дополнения из истории болезни подэкспертного (сделаны авором).

Экспериментально-психологическое исследование — 10, 13 декабря 1982 года.

"Во время исследования испытуемый насторожен, сдержан. На вопросы отвечает кратко, по существу. Психически больным себя не считает, заявляет, что у него "одна надежда — снять диагноз". Наличие жалоб отрицает. Задание выполняет старательно. Следит за реакцией и высказываниями экспериментатора. При указании на ошибки стремится их исправить. Непосредственное и опосредованное запоминание в пределах нормы. Воспроизведение 10 слов: 7, 9, 9, 10, отсроченно (спустя час) — 9. По методу "Пиктограмм" воспроизводит правильно 11 и близко по смыслу 4 из 16 понятий, опосредованных рисунком. При образном ассоциировании ("Пиктограмма") наряду с конкретными образами испытуемый использует метафорическую символику. Выбор образцов формальный — полностью отсутствуют индивидуально значимые ассоциации. Отдельные образные ассоциации отделены от понятия-стимула. Например, на слово "развитие" рисует атом, объясняя: "Развитие цивилизации связано с атомом. Человек расширяет свои познания — неразвитый человек не поймет не структуры атома, ни смысла цивилизации". При выполнении методики "Ответственные ассоциации" обнаруживается некоторая ригидность ассоциативных процессов, неравномерность качества вербальных ассоциаций. Выявляется тенденция к широким обобщениям низкого качества, расширение границ понятий: луг — "площадь травы", грим — "преобразование лица", шум — "препятствие звуковое". При исследовании мыслительных процессов обнаруживаются нарушения целенаправленности мышления — часто не удерживает цели, обусловленные инструкцией: например, при выполнении задания "Установление аналогии" соскальзывает на внешне очевидные связи между понятиями заданных в материале заданиях. Выявляется снижение

контроля действий (мыслительных) в методиках "Установление аналогии". "Проба Эббингауза": дает неправильные ответы под влиянием внешних необязательных связей слов, при инструкции выполнять те же задания в развернутой речевой форме дает правильные ответы. При выполнении задания "Существенные признаки", "Сравнение понятий", "Предметные исключения" обнаруживается расширение границ понятий (тенденция к широким обобщениям), связанные с этим трудности выделения существенных признаков. Во всех заданиях проявляется неравномерность качества ответов. Эмоциональная сфера по данным ММРУ характеризуется обыденностью, огрубленностью, импульсивностью.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследование обнаруживает нарушения мышления в виде неравномерности качества ответов, расширения границ понятий (тенденция к широким обобщениям низкого качества), снижение целенаправленности и контроля мыслительных действий, а также отдаленность и формальность отдельных образных ассоциаций, некоторую ригидность вербальных ассоциаций. Эмоциональная сфера характеризуется обедненностью, огрублением, импульсивностью".

Экспериментально-психологическое исследование — 13, 18 января 1983 года.

"Во время обследования настороженн, обеспокоен повторным выполнением заданий, стремится представить себя в благоприятном свете, упоминает о медалях ВДНХ, о том, что готовил выставку картин, заявляет, что ничем противозаконным не занимался, возникновение уголовного дела стремится представить как недоразумение. Скрывал компрометирующие его факты, сообщает заведомо ложные сведения о себе, преуменьшает количество эпизодов как в настоящем, так и в прошлом уголовном деле. В беседе пытается сблизить дистанцию, узнать цель повторного исследования, спрашивает, могут ли снять поставленный ранее диагноз. В настоящее время жалоб на здоровье не предъявляет, говорит об этом сдержанно: "Сейчас ничего, сейчас нормально все", — в то же время самостоятельно сообщает о пребывании в специальной больнице, активно заявляет, что в прошлом был болен, "правильно был признан душевнобольным". При попытке уточнения жалоб проявляет недовольство, заметно раздражается: "Это не сны, это и есть галлюцинации: сны — это сны, а галлюцинации — это галлюцинации". Инструкции к экспериментальным заданиям усваивает без затруднений, выполняет их в быстром темпе, обнаруживая некоторую обстоятельность, тщательность исполнения рисунков. При исследовании мышления в ряде проб опирается на существенные

признаки предметов и понятий. В пиктограмме обнаруживает способность к дифференциации близких понятий, предлагая к каждому из них конкретный, адекватный по содержанию ассоциативный образ. В пробе "сравнение понятий" опирается на категориальные, функциональные признаки предметов, в ряде случаев отказывается от сравнений т.н. далеких понятий. Улавливает и передает условный смысл пословиц и метафор, уровень обобщения достаточен. Нарушений операционной стороны, целенаправленности не обнаружено. В ассоциативном эксперименте время реакции — полторы-две секунды, ответы по содержанию адекватны, достаточно высокого семантического уровня. Выраженных нарушений умственной трудоспособности, внимания не обнаружено. При исследовании личности в тесте Роршаха 11 ответов. Все ответы представляют собой интерпретацию целых пятен, в одном случае — с использованием фона таблицы (7 таблица). Время реакции на хроматические таблицы увеличено. Зарегистрировано 3 ответа с использованием цвета пятен (цвет-форма) и один т.н. кинэстетический ответ (третья таблица). По содержанию ответы банальны, в трех случаях даны т.н. анатомические ответы, преобладает категория "животные". Анализ данных теста обнаруживает эмоциональное напряжение, высокий уровень ситуационной тревоги. Обнаруживается несколько повышенная устойчивая самооценка, тенденция к тщательному самоконтролю, некоторая ригидность мышления.

Т.о., при экспериментально-психологическом исследовании нарушений операционной стороны и целенаправленности мыслительной деятельности не обнаружено. Выявляются эмоциональное напряжение, высокий уровень ситуационной тревоги, активная защита по уголовному делу. Отмечаются характерологические особенности с несколько повышенной самооценкой, тенденцией к тщательному самоконтролю, некоторой ригидности мышления".

Психолог Г.

Заключение независимого психолога К.: "Несмотря на то, что больной хотел снять диагноз и его поведение было направлено на это, при первом обследовании были выявлены нарушения мышления: нецеленаправленность, неравномерность качества ответов, расширение границ понятий, отдаленность отдельных образных ассоциативных связей. Эмоциональная сфера и особенности личности больного оценивались только по данным ММРУ, развернутого описания их в заключении не представлено (отмечены лишь такие качества, как обыденность, огрубленность, импульсивность личности).

При повторном обследовании: на фоне высокого уровня ситуационной тревоги (больной обеспокоен тем, чтобы представить себя в благоприятном свете) описаны изменения личности боль-

ного, которые проявились в его поведении в условиях стрессовой ситуации. Он был некритичен в описании обстоятельств дела, использовал неадекватные способы доказательства своего психического здоровья, легко раздражался при уточняющих вопросах на эту тему. Отсутствие операциональных нарушений можно объяснить тем, что при первом обследовании они были не столь выражены, а в условиях стресса, тревоги, повышения уровня эмоциональной напряженности эти операциональные нарушения могли не проявиться, так как состояние могло оказать стимулирующее воздействие и включить компенсаторные возможности больного (задания выполнял очень тщательно). Таким образом, заключения дополняют друг друга, выявляя нарушения мышления и изменения личности больного".

Заключение независимого психолога С.: "Представлены: обобщение клинического описания и два экспериментально-психологических заключения, сделанные с разрывом в один месяц.

В противоречии с клиническим описанием, не обнаружившим ничего, кроме высокого уровня ситуационной тревоги и характерологической склонности к повышенному самоконтролю, первое экспериментальное заключение (от 10-13/XII-1982 г.) свидетельствует о нарушении мышления по типу снижения категориальной четкости (расширительность, нецеленаправленность, формальность), не выводимом из аффективной дезорганизации (прекрасная динамика запоминания 10 слов и т.п.). Отмечена также явственная установка на снятие диагноза.

Второе экспериментальное заключение (от 13-18/I 1983 г.) написано словно о другом испытуемом. Всячески подчеркивается высказываемое им убеждение, что в прошлом он был правильно признан душевнобольным. Протокол характеризует повышенное внимание и акцентуацию защитных реакций испытуемого (почти половина текста!). Нарушения мышления полностью отрицаются, явно в антитезу первому заключению. Представленные данные теста Роршаха даны неполно и явно в не проанализированном до конца виде: отсутствует важнейший показатель категориальной четкости. Однако, судя по высокому проценту "животных" образов, он также высок, что дает диссоциацию с резко выраженным контролем эмоций ($\substack{\circ \\ - \\ +}$ C C $\substack{\circ \\ - \\ +}$).

Более аргументированным является первый протокол — тем более, что для клинициста наличие нарушений мышления с еще большей убедительностью следует из приведенных трех "живых" определений, данных испытуемым: "луг — площадь травы", "грим преобразование лица", "шум — препятствие звуковое".

"На основании изложенного экспертная комиссия приходит к заключению, что Ф., как это видно из материалов уголовного

дела и медицинской документации, в период примерно с 1969 по 1973 гг. перенес психотическое состояние (возможно, шизофренической природы). Как следует из медицинской документации, с 1973 г. у Ф. отсутствуют какие-либо признаки дальнейшего течения процесса, в том числе и явления нарастающего шизофренического дефекта. Настоящее клиническое психиатрическое исследование Ф. не выявило у него таких расстройств психической деятельности (нарушения мышления, патологии эмоционально-волевой сферы), которые лишали бы его способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Имеющиеся у него в настоящее время характерологические особенности определяются кругом психопатических расстройств, склонности к рисовке, хвастовству, переоценке своих возможностей, эгоцентричностью, авантюристичностью при отсутствии изменений мышления и критических способностей. Поэтому Ф. в отношении инкриминируемых ему правонарушений следует считать вменяемым. По своему психическому состоянию в настоящее время Ф. также может отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. *В связи с отсутствием у Ф. признаков хронического алкоголизма и наркомании применение к нему статьи 62 УК РСФСР не показано" (курсив автора)*[1].

Анализ болезни Ф., проведенный автором.

Преморбидная личность Ф. определялась прежде всего замкнутостью, то есть шизоидным радикалом. Последний значительно усиливается в пубертатно-юношеском возрасте ("в старших классах школы"). Присоединяются переоценка своего "я" ("поддерживал знакомства исключительно с детьми высокопоставленных родителей") и высокомерие. Наличие этих двух личностных черт, свойственных шизоидам, подтверждается анамнестическими сведениями последующих лет. Одновременно с усилением шизоидных черт характера у Ф. появляется склонность к образованию сверхценных идей, содержанием которых являлись физическое и духовное совершенствование — "вел спартанский образ жизни", готовил себя к "высшим целям". Стремлением к совершенствованию объясняется и отношение Ф. к службе в армии: "нравилась воинская дисциплина". Таким образом, в переходном, "критическом" возрасте усиливаются прежние и

[1] В заключении СПЭК полностью отсутствует указание на тяжелое соматическое заболевание подэкспертного. Внимание обращено на ненужную в данном случае деталь — характер употребления алкоголя и отсутствие на всем протяжении болезни употребления наркотических средств (примечание автора).

возникают новые, уже другого круга паранойяльные характериологические особенности, то есть происходит личностный сдвиг.

В дальнейшем у Ф. возникают психопатологические нарушения. Первоначально они проявлялись в форме аффективных расстройств — циркулярности. Сперва отмечались и некоторое время были заметнее субдепрессивные нарушения — в первую очередь те, которые возникали после психических травм: самоубийство невесты (18 лет), изменившее жизненные установки Ф.; смена места учебы (20 лет); смерть родственника (25 лет). Таким образом, для возникновения первоначальных аффективных расстройств требовалась психическая провокация. Во всех этих случаях к субдепрессивным состояниям присоединялись и другие симптомы: отдельные истерические (тягостные сны, отражавшие в своем содержании психогению), расстройства влечений (пил и играл в карты), сверхценные идеи изобретательства. В дальнейшем появляются аутохтонные расстройства настроения — как субдепрессивные, так и гипоманиакальные. Примером может служить сдвоенное аффективное нарушение, возникшее в возрасте 31 года: субдепрессия с безразличием сменяется гипоманией — "бесшабашным весельем". Примерно с этого же времени, после психогенно провоцированной субдепрессии, возникает еще более глубокое психопатологическое расстройство, которое в последующем является "центром" развившегося психоза: сверхценные идеи изобретательства. Они сопровождались развитием симптома "патологического спорщика", встречающегося при паранойяльных состояниях — "затевал с медиками продолжительные споры". Этот симптом свидетельствовал не только о наличии сверхценных идей, но и о явной переоценке своего "я" — "говорил с большим апломбом", был безапелляционен в своих умозаключениях (у старухи гангрена, ногу следует ампутировать; у родной сестры — онкологическое заболевание, которое вылечит только Ф.). Усиление интенсивности сверхценных идей, выраженная переоценка своего "я", наличие биполярной циркулярности являются "предполем" возникновения бреда притязания. Действительно, усиливающиеся в своей интенсивности сверхценные идеи изобретательства и переоценка своего "я" далее (1969 год) сменяются бредом, то есть психозом. В нем центральное место, как и следовало ожидать, занимал бред притязания — изобретательства и величия. Следует отметить, что бред изобретательства носил аутистический характер: Ф. добивался помощи, но держал детали своего "изобретения" в тайне. Ф. являлся притязателем-одиночкой. Бредовые идеи параноидного содержания (подозрительное отношение к жене, теще, сослуживцам, врачам) отступали на второй план. Бредовой синдром сопровождался эпизодическими сенсорными расстройствами —

гипнагогическими зрительными псевдогаллюцинациями, галлюцинациями обоняния, отдельными компонентами идеаторного психического автоматизма (теща действует на жену с помощью биотоков, сам Ф. обладает "телепатическими способностями"). Преобладание в психозе экспансивных бредовых идей позволяет квалифицировать состояние Ф. как парафренное. Наряду с бредом и сенсорными расстройствами, у Ф. по-прежнему существовала циркулярность. Субдепрессивные состояния могли сопровождаться тревогой, страхом, чувством надвигающейся опасности, то есть неразвернутым бредовым настроением. При гипоманиях отмечался выраженный дисфорический компонент и усиление экспансивных бредовых идей. Психоз с парафренной клинической картиной продолжался около четырех лет и сменился ремиссией. Таким образом, Ф. перенес затяжной бредовый приступ.

Наступившая ремиссия отличалась рядом особенностей. В отношении Ф. к сослуживцам проявлялась "горячность, оскорбления, грубость, угрозы", сочетавшиеся с переоценкой своего "я". Эти симптомы существовали у Ф. и в прошлом. Тогда они возникали у него на фоне повышенного настроения. Поэтому допустимо предполагать, что гипоманиакальные расстройства, то есть циркулярность, оставались у Ф. и в ремиссии. Склонность к образованию сверхценных идей у Ф. "измельчала" и проявлялась преимущественно в нетрадиционных методах самолечения. Имеющиеся медицинские сведения не позволяют сказать, как изменился свойственный Ф. ранее шизоидный радикал. Таким образом, в ремиссии оставались склонность к образованию сверхценных идей и циркулярность — симптомы, отмечавшиеся у Ф. и до развития психоза.

Следует отметить еще одну личностную особенность Ф. Он совершил пять ООД, в которых постоянно встречалось мошенничество. Это качество ООД существовало и до психоза, и в последующей за ним ремиссии. Мошенничество часто наблюдается у лиц, у которых в последующем возникает бред притязания. У них часто отмечается склонность к индуцированию людей, с которыми они затевают то или иное, в частности? противоправное, деяние. При совершении последнего ООД Ф. индуцировал двух подростков. Кроме того, лица с характером, подобным Ф., склонны к мошенничеству и обману, совершаемым в одиночку. Это отмечалось и у Ф. Он представился второй жене преуспевающим врачом, выдавал себя за летчика ГВФ, носил соответствующую одежду и т.д. Таким образом, личность Ф. на различных этапах его жизни определялась двумя группами характерологических черт. В детстве и юности на первый план выступали шизоидные черты. В последующем доминировали паранойяльные, которые являлись основными после перенесенного психоза. Од-

новременно с характерологическим сдвигом, возникшим у Ф. в пубертатно-юношеском возрасте, у него появились изменения и в эмоциональной сфере. Наиболее отчетливо они были выражены в период психоза. В последующем отмечалась их редукция — например, заботливое отношение Ф. к жене и детям. Вместе с тем, эмоциональная измененность, несомненно, оставалась (взаимоотношения с сослуживцами, в частности, с директором предприятия, на котором работал Ф.). Ф. совершил поджог или из мести, или в связи со свойственной ему подозрительностью в отношении директора. Может быть, наличествовало и то, и другое. Есть и иные доказательства эмоционального снижения Ф. В период одной из СПЭ было отмечено, что Ф. — интеллектуально сохранный человек — общался с подэкспертными, у которых существовал отчетливый дефект личности.

Таким образом, ремиссия, возникшая у Ф., определялась наличием циркулярности, возможно, параноидной настроенностью и эмоциональными изменениями.

Появление личностного сдвига и психопатологических расстройств (циркулярности) в "критическом возрастном периоде" свидетельствует об их конституциональной обусловленности. О том же свидетельствуют и данные наследственного отягощения Ф. психическими болезнями. По обеим линиям в восходящем поколении и в поколении пробанда (двоюродный брат) выявлены психические болезни. Среди психозов существуют прямые указания на случаи шизофрении. Бабка по линии матери изменена по типу "фершробен" с выраженным эмоциональным изъяном. Развившийся у Ф. приступ психоза (парафренный синдром с бредом притязания) часто встречается у лиц типа "фершробен", то есть у Ф. отмечался личностный радикал, свойственный родственнице в восходящем поколении.

"Данные экспериментально-психологических исследований свидетельствуют, что в условиях разного подхода к подэкспертному могут быть сделаны разные акценты в психологическом исследовании и психологическое заключение при этом может приобретать неоднозначную направленность. Однако, несмотря на это, выявленные нарушения одинаково свидетельствуют о специфических изменениях по шизофреническому типу. Данные экспериментально-психологических исследований не противоречат, таким образом, клиническим фактам" (независимый психолог К.).

Диагноз: "Одноприступная шизофрения с предшествующими психозу и сменившими его психопатоподобными (сверхценно-паранойяльными), а, может быть, и мозаичными (если учесть бывшие у него ранее шизоидные черты) характерологическими особенностями. Данные экспериментально-психологического

исследования свидетельствуют о наличии шизофренического дефекта. *Сахарный диабет. Инсулинозависимая тяжелая форма. Диабетическая ангиопатия сетчатки первой степени".*

Наблюдение N 20. "Н., 1931 г.р. Обвиняется по Указу 1947 года в краже носильных вещей вместе с соучастником. Поступил в Институт 3 апреля 1956 года. 28 апреля 1956 года в Институте имени профессора В.П.Сербского испытуемый проходил стационарную СПЭК, по заключению которой срок наблюдения за испытуемым был продлен на один месяц. Испытуемый сведений о себе не сообщает".

"Со слов матери" — из истории болезни подэкспертного за 1956 год (добавление автора).

"Отец испытуемого, будучи арестован за хулиганство, находился в 1954 году в Институте имени Сербского, где ему был поставлен диагноз: "сифилис головного мозга". Около года находился в психиатрической больнице".

"Со слов матери и из медицинской документации, имеющейся в истории болезни, известно, что испытуемый рос и развивался правильно. В детстве перенес ветрянку, коклюш, малярию. В школу пошел в 7 лет, окончил 5 классов школы, успевал хорошо. Затем поступил в часовую мастерскую учеником мастера, хорошо освоил специальность и в дальнейшем работал самостоятельно часовым мастером. В 1946 году в автокатастрофе получил ушиб мозга (головы), сопровождавшийся непродолжительной потерей сознания, рвотой. В течение недели лечился в постели дома, в больницу не помещался. После ушиба головы отмечает у себя головные боли, стал раздражительным. В 1947 году за кражу был привлечен к уголовной ответственности. Наказание отбывал в Архангельской трудовой колонии, откуда совершил побег, был обнаружен, в связи с неправильным поведением помещен в Архангельскую психиатрическую больницу, где находился с 28 июля 1947 года по 15 сентября 1948 года и с диагнозом: "реактивное состояние психотическое" был признан невменяемым в отношении совершенного им правонарушения (побег). По выходе из реактивного состояния был снова направлен в колонию (выписка из истории болезни Архангельской психиатрической больницы имеется).

Срок наказания отбывал до 1950 года , а затем приехал в г. Воронеж, где жил у родственников, работал в часовой артели. В августе 1950 года родные поместили испытуемого в психиатрическую больницу города Воронежа в связи с тем, что он испытывал якобы обонятельные обманы. В выписке из истории болезни ПНД Октябрьского района города Москвы указано, что испытуемый находился в Воронежской психиатрической больнице с 29 сентября 1950 года по 10 октября 1950 года и был выписан с

диагнозом: "шизофрения". По словам матери, был выписан из больницы "под расписку". В связи с правонарушением, 2 января 1951 года был привлечен к уголовной ответственности и 26 февраля 1951 года был доставлен из тюрьмы в психиатрическую больницу "Орловка" для отбытия принудительного лечения с диагнозом: "шизофрения". В выписке из истории болезни больницы "Орловка" указано, что у испытуемого "сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. Бреда и галлюцинаций нет. Эмоционально возбудим, проявляет интерес и желание к труду. Отмечаются периоды дурашливости в поведении, к которым достаточной критики не обнаруживает". В связи с улучшением состояния принудительное лечение с испытуемого было снято и он выписан 23 ноября 1951 года. После выписки из больницы испытуемый приехал в Москву и работал часовым мастером. От армии освобожден по болезни. С 1953 года состоит на учете в ПНД Октябрьского района с диагнозом : "психопатия, шизофрения?". Как видно из материалов уголовного дела, испытуемый в последние годы был активен, общителен, имел много знакомых, весело проводил время, увлекался спортом. В акте из истории болезни сказано, что, по сведениям, полученным при обследовании по месту жительства испытуемого, известно, что в поведении его наблюдались некоторые странности. Испытуемый холост. Венерическими заболеваниями не болел, алкоголем, по его словам, не злоупотреблял".

"При обследовании в Институте обнаружено следующее: слева на волосистой части головы и в области лба имеются кожные рубцы. Со стороны внутренних органов — без отклонений от нормы. Неврологическое состояние — без патологии.

Психический статус: испытуемый первое время пребывания в отделении был несколько заторможен, молчалив, много времени проводил в постели. Часто накрывался с головой одеялом. С испытуемыми не общался, к персоналу не обращался. Иногда бродил молча по палате. В беседу с ним вступить не удается. На вопросы отвечает односложно, с длинными паузами, тихим голосом, сведения о себе не сообщал. В дальнейшем у испытуемого начали появляться признаки нарочитого поведения: продолжал не отвечать на вопросы врачей, в отсутствие же их начал переговариваться с испытуемыми, внимательно следить за происходящим в отделении. Пытался совершить побег из Института. Будучи задержанным, при расспросах дал явно надуманные объяснения. Утверждал, что о побеге сговорился с отцом, который якобы приходил к нему в палату и сказал, что будет ждать его в назначенный час у ворот. Из отдельных высказываний и поведения испытуемого видно, что он правильно ориентирован в месте и окружающем, хорошо понимает сложившуюся ситуацию. На-

строение подавленное, временами бывает напряжен. Бреда, галлюцинаций и других психотических расстройств нет".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Н. в настоящее время признаков психического заболевания не обнаруживает. Поведение его носит нарочитый характер. Не исключена возможность, что в прошлом испытуемый перенес психическое заболевание, не оставившее существенных изменений со стороны психики. Правонарушение совершено им вне какого-либо расстройства психической деятельности. Поэтому, как недушевнобольной, Н. в отношении инкриминируемых ему деяний следует считать вменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — август 1958 г.).

"После экспертизы в Институте был осужден на 7 лет лишения свободы. В лагере стал вести себя неправильно, в связи с чем 3 февраля 1957 года проходил АСПЭК. В заключении указывается, что испытуемый сообщил, что "у часового имеется магнитофон, который делает запись его речи". Слышал голоса родителей. Считал, что вокруг него — переодетые часовые, которые следят за ним, преследуют его, имеют определенные цели. У испытуемого был установлен диагноз: "шизофрения", после чего он был направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу по линии МВД. В июле 1957 года с сопровождающим был направлен по месту жительства. По приезде в Москву был отдан матери под расписку. Дома был замкнут, ни с кем не общался, занимался хозяйственными работами. В декабре 1957 года находился в психиатрической больнице N 7 около 12 дней, откуда убежал в одном белье и босиком. В больнице ему был установлен диагноз: "шизофрения". С 17 февраля по 21 февраля 1958 года испытуемый находился в психиатрической больнице имени Ганнушкина, откуда также сбежал; предположительный диагноз больницы: "шизофренический процесс у травматика со значительной психопатизацией личности".

"В Институт поступил 22 августа 1958 года. Обвиняется в мошенничестве. Со слов испытуемого, из материалов документации и из материалов уголовного дела известно следующее" — дополнение к предыдущему анамнезу.

"Дядя по линии матери лечился в психиатрических больницах. В августе 1950 года испытуемый был помещен родственниками в психиатрическую больницу ввиду того, что ему казалось, что пища имеет запах керосина, бензина. Был выписан с диагнозом: "шизофрения". После выписки из Воронежской больницы был инвалидом 2-й группы. Со слов матери, в это время вел себя неправильно: разобрал печку, ребенка напоил снотворными порошками, отчего тот чуть не умер, был злобно настроен по отношению к родственникам, уходил из дома и подолгу бродил один".

"При обследовании в Институте установлено: два старых рубца, расположенных на коже груди крестообразно (след самоповреждения). Неврологическое состояние — без органических знаков.

Психическое состояние: знает, что находится в медицинском учреждении (больница). Год, месяц и число называет правильно. В беседу с врачом вступает неохотно, ответы часто носят нелепый характер. В отделении необщителен, замкнут, неразговорчив с больными. К персоналу ни с какими просьбами не обращается. Жалуется на то, что "все люди" на него "косо смотрят". Говорит, что все знают, о чем он думает. Он ощущает "на себе гипноз", чувствует, как гипноз на него "давит". Слышит "голоса", которые заставляют его идти не туда, куда хочется. Иногда "голоса" говорят "неприятное", и редко — "приятное". Отмечает, что, когда лежал в психиатрической больнице, то его "хотели отравить папиросами", поэтому он бросил курить. О бывшем ранее самоповреждении на груди говорит, что он сделал это для того, чтобы избавиться от своего двойника, которого таким образом "выпустил из груди". О своем младшем брате говорит следующее: "Я сначала был он, а потом он стал я", что "он" — это "я", и "я — это он". Утверждает, что его мысли хотели записать магнитофоном. В правонарушении себя не признает виновным, считает, что его самого "обманули". Эмоционально уплощен, монотонен, временами напряжен. Мышление паралогичное, критики к своему состоянию и создавшейся ситуации не обнаруживает".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Н. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Как психически больного, в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного в болезненном состоянии, Н. следует считать невменяемым. По психическому состоянию подлежит направлению на длительное принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — октябрь 1959 г.).

"Находился в Институте имени профессора В.П.Сербского с 22 августа 1958 года по 1 апреля 1959 года. Здесь испытуемому был проведен курс лечения инсулинотерапии (шоковые дозы), после чего отмечалось незначительное улучшение состояния. Из Института был направлен на длительное принудительное лечение в Московскую областную психиатрическую больницу имени Яковенко, где находился около 4 месяцев. Несмотря на то, что испытуемый находился под строгим надзором, 22 июня 1959 года он совершил побег из этой больницы и уехал в город Воронеж к бабушке. В сентябре 1959 года принудительное лечение было снято. Когда испытуемый узнал об этом, то возвратился в Моск-

ву к матери. Нигде не работал, часто уходил из дома, был злобен и непослушен. 19 сентября 1959 года был задержан милицией по обвинению в краже вещей из квартиры на сумму 3775 рублей".

"В Институт поступил 22 октября 1959 года. При обследовании в Институте в настоящее время установлено следующее: соматическое и неврологическое состояния — прежние.

Психическое состояние. Испытуемый знает, что находится в Институте, где раньше лежал, узнал врачей, медперсонал. Был недоволен тем, что его снова поместили в Институт; при этом заявляет, что он здоров, в лечении не нуждается. Во времени правильно ориентирован. В беседу с врачами вступает с трудом, не говорит о себе и своих болезненных переживаниях. С окружающими не общается, держится в отделении вдали от больных. К персоналу никогда с просьбами не обращается. Часто сидит в постели один, погруженный в свои болезненные переживания, к чему-то прислушивается. Говорит о том, что его мысли "все знают" и что "мысли должны моментально передаваться врачам". Слышит "голоса". Сообщил, что сейчас "кто-то подделывает голос матери", что его "собираются поссорить с матерью". Кроме того, "голос" ему "говорит гадости", называет его педерастом. О своем младшем брате говорит, что это его "двойник". Утверждает, что он брата выпустил из груди через самопорез и теперь они не вместе, но что он и брат — одно и то же. Правонарушение отрицает, виновным себя не признает, говорит, что его "попросили" унести чемодан, что он и сделал — а вещей "не крал". Эмоционально монотонен, уплощен — но нередко злобен, напряжен склонен к агрессии. Мышление паралогичное, с элементами резонерства. Требует отправить его "куда угодно". Заявляет, что, если его направят в больницу, то он "все равно" убежит. Критическая оценка создавшейся ситуации и своего состояния отсутствует".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Н. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Как психически больного, в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного в болезненном состоянии, Н. следует считать невменяемым. По психическому состоянию подлежит направлению на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа системы МВД (бредовое состояние со злобой, склонностью к агрессии, систематические правонарушения после выписки из больницы, а также ввиду того, что при направлении в больницу он совершал побеги)".

"В Институт поступил 29 сентября 1966 года[1]. Обвиняется в краже денег и облигаций 3% займа, совершенной им в 1965 году. Перед экспертизой поставлен также вопрос о психическом состоянии и вменяемости испытуемого за совершенные им преступления в период с 1960 по 1965 годы. Испытуемый представлялся на комиссию 31 октября, 12 декабря 1966 года, 9 января 1967 года, но срок обследования его продлевался".

Заключительная комиссия состоялась 11 марта 1967 года.

"Сведения об испытуемом, излагаемые ниже, получены с его слов, из материалов архивных уголовных дел (за 1956, 1958, 1961, 1963-1964, 1965 гг.) и из подлинников историй болезни Института и психиатрических больниц, где он находился на экспертизах или лечении".

"Отец испытуемого крайне вспыльчивый, злоупотребляет алкоголем, неоднократно привлекался к уголовной ответственности за кражи и хулиганство, сына своего не любил, часто избивал его".

Из истории болезни (1966 г.) — дополнение автора.

Со слов матери. "Отец психически болен, лечился в ЦНИИ и больнице имени Ганнушкина. С 13 лет злоупотребляет алкоголем. Вел развратный образ жизни. После развода везде говорил, что жена за прокурора вышла замуж и хочет его "изъять из общества". Дядя по линии отца лечился в психиатрической больнице и там же повесился. Двоюродная сестра и мать отца в настоящее время лежат в психиатрической больнице города Воронежа. Дядя по линии матери лечился в психиатрической больнице. Н. в детстве плохо спал. Мог всю ночь выпиливать. Был малообщительным, привязан к матери".

"Испытуемый по характеру был капризным, лживым, непослушным, любил дразнить сверстников, ссорился с ними, дрался. В школе учился средне, был недисциплинированным, окружающим стремился причинить что-либо неприятное. В пятом классе испытуемый бросил занятия в школе и поступил в артель "Московский часовщик", где проучился 1 1/2 года, получил специальность часового мастера и начал работать".

Из истории болезни — дополнение автора.

Со слов матери (1966 г.). "Учась на часового мастера, плохо себя вел. Никому не давал инструмент, просил мать забрать его из мастерской. Научился ремонтировать только будильники".

[1] В связи с тем, что сведения предыдущих актов СПЭ Института имени В.П.Сербского значительно отличаются от сведений, изложенных в акте от 1966 года, последний приводится полностью. Кроме акта, приводятся различные клинические факты и документы, взятые из истории болезни подэкспертного за 1966 год (примечание автора).

Из выписки Казанской психиатрической больницы, имеющейся в истории болезни Института (1966 г.) — дополнение автора.

"С 1946 года "влился" в компанию воров".

"В 1947 году был арестован и осужден к трем годам лишения свободы за участие в групповом грабеже. О времени нахождения в колонии в 1947 году он сообщил следующее. В колонии его будто бы начали преследовать следственные органы, которые внушали ему мысли, действовали на него гипнозом, нагоняли страх. В дальнейшем он якобы начал ощущать у себя в груди "двойника" — слышал, как он дышал, плакал, приказывал ему умереть, повеситься. Испытуемый решил "вырезать" двойника и с этой целью нанес себе порезы бритвой. Он якобы видел, как врачи извлекли из его груди "двойника", который был ребенком. В то же время, из объективных сведений, имеющихся в материалах дела, о времени пребывания испытуемого в колонии в 1947 году известно следующее. В 1947 году, отбывая наказание в колонии, испытуемый обнаружил у себя кражу денег, сапог, которые вскоре он увидел на ногах одного из воспитателей колонии. В ответ на просьбу вернуть ему эти сапоги воспитатель обещал взамен хорошее обмундирование, но обещание не выполнил. По совету сверстников, испытуемый написал жалобу на воспитателя, после чего окружающие советовали ему быть осторожным, говоря, что воспитатель может ему отомстить. Опасаясь этого, испытуемый решил бежать из колонии. Находясь на работе за зоной, испытуемый ударил надзирателя тяпкой по голове и совершил побег, но был задержан и возвращен в колонию. В связи с привлечением к ответственности за побег и неправильным поведением испытуемый был направлен в Архангельскую психиатрическую больницу на экспертизу, где находился в течение 2 1/2 месяцев. За время пребывания в больнице у испытуемого никакой продуктивной психопатологической симптоматики не наблюдалось. В выписке из истории болезни отмечено, что первое время он был депрессивен, высказывал суицидальные мысли, в дальнейшем стал раздражительным, грубым, дрался с окружающими, периодически нарочито отвечал на вопросы".

Из выписки Архангельской психиатрической больницы от 8 августа 1958 года — дополнение автора.

"Спасаясь от убийц, решил бежать. Почему-то думал, что, стоит ему перебежать лес, — и тут же будет его дом. Казалось, что он в Москве. После побега бродил двое суток, но не помнит, что он в лесу делал. Работники милиции задержали его в лесу спящим".

Из психического статуса. "Замкнут, депрессивен, в разговоре высказывает суицидальные мысли. Был раздражительным, не выносил, когда к нему подходили больные — набрасывался

драться на них; требовал выписки из больницы, угрожал в противном случае самоубийством. С врачами был груб, неохотно отвечал на вопросы".

"Экспертная комиссия этой больницы в своем заключении указала, что Н. перенес реактивное состояние, из которого вышел. Инкриминируемое ему деяние (побег из колонии) совершил в состоянии временного расстройства психической деятельности. В акте указано, что в содержании в психиатрической больнице он не нуждается и может находиться в колонии".

"Продолжая отбывать наказание в колонии, испытуемый работал и освободился в 1950 году по окончании срока. Имея ограничения в паспорте, не позволяющие ему проживать ближе 100 км от большого города, испытуемый этим пренебрег, устроился жить в Воронеже и прописался там, использовав старый свой паспорт. В Воронеже он поступил работать в часовую мастерскую в артель, откуда был послан в Москву с поручением от артели. В Москве испытуемый был задержан и у него отобрали старый паспорт, по которому он незаконно жил в Воронеже. Одновременно была взята подписка о выезде из Москвы в течение 24 часов. Вернувшись из Москвы, он продолжал жить и работать в Воронеже. Из медицинской документации известно, что в 1950 году испытуемый в течение 9 дней находился в стационаре областного ПНД города Воронежа. Следует отметить, что анамнестические сведения о испытуемом, сообщенные в то время врачу родственниками, не соответствуют объективным данным. В частности, они указали, что испытуемый впервые заболел психически в 1948 году, что он в то время "задумывался", ни с кем не разговаривал, лежал в постели. По объективным данным известно, что он в то время находился в колонии. При описании психического статуса в период 9-дневного пребывания в Воронежском ПНД отмечено, что испытуемый напряжен, малодоступен; заявлял, что он находится в Москве, что он "святой человек", поэтому у него сделан крест на груди; говорил, что его должны расстрелять — ему об этом сообщили. По настоянию матери, испытуемый был выписан из больницы с диагнозом: "шизофрения". Лечения не проводилось".

Из выписки ПНД г. Воронежа от 21 декабря 1966 г. — дополнение автора.

"Заболел 26 сентября 1950 года: стал суетливым, много, "не по порядку" говорил, заявлял, что он теперь будет работать одним из членов правительства — будет награждать людей. Не спал по ночам. Стремился куда-то идти. (...) Себя считает здоровым, просит выписать его. 6 октября 1950 года была начата инсулинотерапия. 9 октября приехала мать, которая настояла на выписке. Лечение прекращено. 10 октября 1950 года выписан".

Из истории болезни Н. в период нахождения его в Институте — дополнение автора.

"Мать испытуемого и его родственники сообщили, что после больницы был замкнутым, "заговаривался". Часто смотрел в одну точку, отказывался от еды; мог долго не кушать, а потом за один присест съедал целую кастрюлю супа, жаркое. Говорил, что на всех движется гора и, если он будет спать, то она всех придавит".

"Из дела известно, что в 1951 году испытуемый совершил кражу ковра из машины. Испытуемый, рассказывая в настоящее время о своем состоянии в тот период времени, говорит, что он тогда находился под влиянием следственных органов, которые действовали на него "гипнозом", внушали ему нежелательные действия, заставляли его идти воровать. Например, когда он заходил в магазин, то гипноз внушал ему: "Возьми бутылку водки". Однако в подлиннике истории болезни Воронежской областной психиатрической больницы "Орловка", куда он был направлен в 1951 году в связи с привлечением к уголовной ответственности за кражу и в дальнейшем находился там на принудительном лечении, нет никаких указаний на такого рода высказывания испытуемого. В течение 8 месяцев пребывания в психиатрической больнице "Орловка" психотической симптоматики у испытуемого не отмечалось. Он общался с окружающими, неоднократно нарушал дисциплину однажды насыпал в рот спящему больному табак, любил ссорить больных друг с другом, учинял драки. Последнее время пребывания в больнице поведение его было упорядоченным — он занимался ремонтом часов, совершенное правонарушение отрицал, лечение ему не проводилось. Выписан из больницы с диагнозом: "шизофрения". В 1952 году, вскоре после выписки из больницы "Орловка", начал работать на водоспасательной станции. При устройстве на работу он скрыл свое пребывание в психиатрической больнице, воспользовавшись исправленной справкой брата. Получив затем справку о работе на водоспасательной станции, испытуемый перешел на велобазу общества "Спартак", где работал слесарем — занимался ремонтом велосипедов, затем сам начал заниматься велоспортом. В январе 1952 года испытуемый на катке учинил драку и милиционером был доставлен снова в Воронежский ПНД. При поступлении он был в состоянии опьянения, обнаруживал многоречивость, речь его была бессвязной, толковых сведений о себе не сообщал. Обманов чувств и бредовых идей не отмечалось. Через 3 дня он был выписан с диагнозом: "шизофрения (дефектное состояние в сфере мышления)". Продолжая работать в обществе "Спартак", испытуемый сообщает, что в этот период времени следственные органы действовали на него меньше, так как видели, что "он занимается работой и спортом". Однако

иногда, по его словам, путем воздействия требовали, чтобы он вновь занялся воровством. Работал в артели "Верное время". Сообщает, что в период его работы в артели он замечал, что мастер также связан с следственными органами и поэтому умышленно ломал уже исправленные часы и относился к нему враждебно".

Из истории болезни (1966 г.) — дополнение автора.

Со слов матери: "Говорил, что он слышит разговоры по работе, обращенные к нему".

"В медицинской документации (выписка из истории болезни ПНД Октябрьского района) отмечено, что испытуемый в это время состоял на учете диспансера, но обращался в диспансер редко. Врачу диспансера сообщил, что он лежал в Воронежской психиатрической больнице и ему ставили диагноз шизофрении. Каждый раз при обследовании испытуемый был в ясном сознании, правильно ориентирован в окружающем, никаких психотических явлений у него не обнаруживалось. О себе говорил сдержанно, был то хмур, то несколько развязен, установки на труд не имел. Диагноз диспансера: "психопатия, шизофрения?". До 1956 года испытуемый работал часовым мастером и продолжал увлекаться спортом, принимая активное участие в сборах, тренировках, соревнованиях по велосипеду. В это время он был активен, общителен, имел много знакомых, весело проводил время, любил ходить в рестораны, иногда выпивал. В 1956 году испытуемый совместно с соучастником совершил квартирную кражу вещей на сумму 5270 рублей. По данному делу проходил стационарную СПЭ в Институте имени Сербского".

"В психическом статусе указано, что совершил побег из Института, но на следующий день был задержан на чердаке соседнего дома. По поводу побега дал явно надуманное объяснение — сказал, что о побеге сговорился с отцом, который приходил к нему в палату и якобы сказал, что будет ждать у ворот. Врачу говорил также, что ни о чем не будет рассказывать, так как в комнате имеются магнитофоны, которые все записывают. Полный психический статус и заключение СПЭК см. в первом акте от 1956 года".

"После осуждения на 7 лет испытуемый находился в ИТК до 1 июля 1957 года. 27 июля 1957 года испытуемый был освидетельствован врачами-психиатрами в Челябинском областном ПНД. При обследовании он не хотел входить в кабинет, говорил, что ему нужен не профессор, а прокурор. Говорил шепотом, широко раскрыв глаза, жестикулируя; сообщил, что у часового есть магнитофон, который сделает запись его речи, если он будет говорить громко. Испытуемый был признан страдающим шизофренией и определением специального суда от 26 июня 1957 года

освобожден из ИТК досрочно и направлен на принудительное лечение в Челябинскую больницу, куда он, однако, принят не был из-за карантина и был направлен с сопровождающим в Москву для определения судебного решения по месту жительства. Для решения вопроса о его дальнейшей судьбе был направлен в психиатрическую больницу N 7, где находился шесть дней. За время пребывания в больнице было отмечено, что испытуемый "высказывает систематизированный бред". Так, он заявлял, что милиция "преследует" его, "записывает" его речь на магнитофоне, что окружающие ведут с ним "провокационные разговоры", дома за ним "подслушивают стены", что его родители в сговоре с преследователями. При этом в поведении был спокоен, охотно вступал в контакт, обнаруживал ориентировку в окружающем. Себя считал здоровым. Диагноз больницы: "шизофрения". 30 декабря 1957 года испытуемый из больницы бежал. Не имея права прописки в Москве, обратился в милицию, где стало известно, что он бежал из больницы N 7, в связи с чем он был направлен в психиатрическую больницу имени Ганнушкина, где находился в течение четырех дней, откуда также сбежал. Испытуемому был поставлен диагноз: "шизофренический процесс у травматика со значительной психопатизацией личности". Жил дома без прописки, периодически занимался ремонтом часов на дому. Из материалов дела следует, что в тот период времени испытуемый с двумя его знакомыми систематически занимался обманом граждан, у которых под предлогом оказания им содействия в приобретении товаров ширпотреба мошенническим путем забирали деньги и скрывались. 9 мая 1958 года испытуемый, совместно с одной из соучастниц, мошенническим путем взял у одной гражданки деньги и пытался скрыться. По данному делу проходил АСПЭК. В процессе обследования испытуемый держался неестественно, разговаривал шепотом. В ответ на вопрос о причине этого приводил старую версию о том, что он будто бы боится, что его речь запишут на магнитофон. Говорил, что его преследуют органы милиции, хотят сделать из него преступника, заставляют его воровать. Совершенное деяние отрицал, активно защищался, охотно сообщил о том, что он психически больной и неоднократно лечился в больницах. Для решения вопроса о его состоянии он был направлен в Институт имени В.П.Сербского".

"При обследовании в Институте всегда был в ясном сознании. Как и прежде, говорил врачам, что у него "двойник", которого он выпустил из своей груди, утверждал, что следственные органы его преследуют, заставляют воровать, что мысли и разговоры его записывают на магнитофон — поэтому он говорит тихим голосом. В то же время, в отделении Института испытуемый охотно поддерживал разговор с больными и персоналом, никаких жалоб не высказывает, настроение его было ровным, он все

время находился среди больных, которым делал бумажные шляпы, разговаривал с ними, шутил, учил танцевать "чечетку". Периодически стремился уединяться для беседы то с одним, то с другим испытуемым; при приближении персонала всегда умолкал, подговаривал больных к побегу. Комиссией Института был признан страдающим шизофренией, невменяемым".

"В дальнейшем находился в психиатрической больнице N 5 "Столбовая". В больнице был в ясном сознании, правильно ориентировался; отмечалось его интеллектуальное снижение, ограничение круга интересов, аффективная неустойчивость. В отделении поведение его было правильным, он общался с больными. 22 июня 1959 года испытуемый из больницы бежал. Узнав о том, что принудительное лечение с него снято, он приехал в Москву к родителям. Не работал, и в октябре 1959 года путем подбора ключей к замку двери похитил из квартиры два дамских пальто на сумму 3700 рублей. Вновь был направлен на стационарную экспертизу в Институт имени В.П.Сербского".

"При обследовании в Институте он отказывался о себе рассказывать, правонарушение отрицал, себя называл психически здоровым. В дальнейшем, как и прежде, говорил про своего брата, которого он выпустил из своей груди, называл его своим "двойником", заявлял, что его мысли должны передаваться врачам на расстоянии, что его преследуют органы милиции. В отделении Института его поведение носило преимущественно упорядоченный характер, он общался с отдельными испытуемыми, о чем-то с ними разговаривал. Иногда становился грубым, пытался группировать вокруг себя испытуемых. В период пребывания в Институте совершил побег. На следующий день позвонил по телефону своему лечащему врачу в Институт и просил выдать ему его личные вещи (костюм, ботинки и т.д.). Через два дня после побега он был доставлен в Институт в нетрезвом состоянии".

"Комиссией Института он был признан страдающим шизофренией, невменяемым и направлен на принудительное лечение в больницу N 5 "Столбовая", где находился три месяца. За время пребывания в больнице испытуемый был несколько вяловат, монотонен. Обманов чувств и бредовых идей не было. На вопросы отвечал с задержкой, избирательно. Охотно говорил по поводу рубца на грудной клетке. Через три месяца бежал из больницы и жил в Воронеже. В июле 1960 года совершил три квартирные кражи (путем подбора ключей) на сумму 3245, 3075, 10581 рублей, за что был привлечен к ответственности. По этому делу испытуемый проходил стационарную СПЭ в Воронежской психиатрической больнице "Орловка". При обследовании в больнице он по существу отвечал на вопросы, но о целом ряде про-

шлых фактов умалчивал. Заявлял, что он является психически здоровым — в то же время говорил, что врач на него странно смотрит, тут же спрашивал, не собираются ли его убить. 21 сентября 1960 года комиссией Воронежской психиатрической больницы был признан страдающим шизофренией, невменяемым и в дальнейшем оставлен на принудительном лечении в той же больнице, и 5 декабря 1960 года испытуемый из больницы бежал. После побега в течение 3 1/2 месяцев скрывался и совершал кражи в городах Туле и Москве. За время с 14 января 1961 года по 20 марта 1961 года испытуемый совершил 16 квартирных краж. Причем совершал кражи вместе со своими соучастниками. В материалах дела, относящихся ко времени совершения испытуемым указанных краж, имеются указания на то, что испытуемый, располагая набором ключей, умело проникал в квартиры, предпринимая при этом соответствующие меры предосторожности. В тех случаях, когда в квартиры неожиданно возвращались хозяева, испытуемый под угрозой ножа заставлял их молчать и не поднимать шума, и однажды в ответ на попытку гражданки К. позвать на помощь стал ее душить. В тех же случаях, когда испытуемого пытались преследовать ограбленные им граждане, он очень живо и ловко скрывался. В деле указано, что испытуемый награбленные вещи и драгоценности доставлял часто своим родственникам в Воронеж, с помощью которых умело их реализовал. После ареста за многочисленные кражи испытуемый 20 апреля 1960 года проходил АСПЭК Мосгорздравотдела. На экспертизе, как и ранее, сообщил, что у него был “двойник”, что его преследует Московский уголовный розыск. Н. был признан страдающим шизофренией, невменяемым и направлен на принудительное лечение в Ленинградскую специальную психиатрическую больницу. В период пребывания в Ленинградской психиатрической специальной больнице был контактен, каких-либо неправильных высказываний не допускал. О прошлом говорил с неохотой, стремился себя оправдать, активно трудился. Эмоционально был адекватен, крайне тяготился пребыванием в больнице, всегда был общителен. 5 февраля 1962 года испытуемый представлялся на центральную комиссию, диагноз которой: “Шизофрения? Ремиссия”; принудительное лечение было продолжено. Через девять дней после комиссии, не снявшей с него принудительного лечения, испытуемый из больницы сбежал. В истории болезни записано, что испытуемый совершил побег обдуманно, специально изучив возможность побега, и подготовился к нему. Через 28 дней он был задержан у сожительницы, однако после задержания вновь бежал (прыгнул с поезда). Находясь в это время в Москве, он был опознан гр. Ч., в квартиру которой он также проник путем подбора ключей. 29 марта 1962 года испытуемый проходил АСПЭК. При освидетельствовании

его, как это видно из акта, высказывания испытуемого были аналогичны тем, которые он год назад сообщил при своем освидетельствовании той же комиссии. Н. был признан страдающим шизофренией, невменяемым и возвращен на принудительное лечение в Ленинградскую специальную психиатрическую больницу. В период пребывания в больнице поведение его было упорядоченным; иногда говорил, что такая жизнь ему надоела, что ему надо предоставить паспорт, прописку и устроить свою жизнь. Был контактен, легко устанавливал связи с больными; временами становился раздражительным, вспыльчивым, говорил, что его "преследует МУР", который приписывает ему кражи, в действительности не совершенные им. Спустя некоторое время испытуемый стал жаловаться на затрудненное глотание, отмечались рвоты, он похудел. Испытуемому был поставлен диагноз: "злокачественная опухоль пищевода". 23 января 1963 года без психотической симптоматики испытуемый был выписан из Ленинградской специальной больницы на попечение матери с диагнозом: "Шизофрения. Ремиссия. Неоперабельная опухоль верхнего отдела пищевода с резко прогрессирующим течением". Приехал в Москву, в течение трех месяцев не мог прописаться, затем после прописки поехал на лето отдохнуть в Воронеж. Нигде не работал и вновь стал совершать кражи. Так, 8 октября 1963 года в одной из квартир похитил деньги на сумму 368 рублей; 31 октября 1963 года совершил кражу носильных вещей, телевизора и денег на общую сумму 588 рублей; 28 ноября похитил в одной из квартир 660 рублей; 6 декабря 1963 года при попытке кражи был задержан. При задержании у него обнаружили нож в раскрытом виде, а на поясе под пальто — сумка с большим количеством ключей. По данному делу испытуемый проходил АСПЭК. Был признан страдающим шизофренией, невменяемым и направлен на принудительное лечение в Казанскую специальную психиатрическую больницу, где находился с 7 апреля 1964 года по 4 марта 1965 года. В течение пребывания в Казанской специальной больнице на вопросы отвечал неохотно. Вновь говорил о "двойнике", о том, как он сделал крестообразный разрез на груди, чтобы его выпустить. Сообщил, что "двойник" оставил ему свой задний проход и поэтому он ел и оправлялся за двоих. В дальнейшем жалоб не обнаруживал, критически оценивал свои переживания. Центральной комиссией Казанской специальной больницы Н. был признан страдающим шизофренией, к которой присоединились, как указано в акте, опухоль пищевода с резким истощением, физической слабостью и выраженным снижением активности. Принудительное лечение было снято, и он приехал в Москву к матери. После выписки (со слов испытуемого) не мог устроиться на работу — не имел про-

писки, и 12 мая 1965 года совместно с соучастником снова совершил кражу денег и облигаций 3% займа на сумму 131 рубль.

Испытуемый вновь проходил АСПЭК (вторую). При описании психического состояния отмечено, что испытуемый вял, медлителен, астенизирован. О прошлых психотических состояниях не рассказывает. Повторяет, что скоро умрет, так как у него опухоль пищевода. Диагноз комиссии: "шизофрения, дефектное состояние". Невменяем, нуждается в направлении в специальную психиатрическую больницу. В связи с наличием у него опухоли пищевода нуждается в наблюдении врача-онколога.

Испытуемый находился на принудительном лечении в Ленинградской специальной больнице со 2 июля 1965 года по 10 августа 1966 года. С момента поступления в данную больницу испытуемый был в ясном сознании, полностью ориентирован. В ответах был уклончив, сдержан. Себя психически больным не считал, но склонен был настаивать, что в прошлом он все же был болен. Бредовых идей, галлюцинаций не обнаруживал. Эмоционально был живым, адекватным. Легко сходился с окружающими, быстро находил к ним индивидуальный подход, общался преимущественно с наиболее сознательными больными. С первых месяцев пребывания в больнице, как указано в акте, упорно аггравировал явления, связанные с частичной непроходимостью пищевода, якобы имеющейся у него. Плохо ел, ссылаясь на рвоту, вызывал последнюю искусственно. Убедившись в бесполезности избранной тактики, жалобы прекратил. В дальнейшем стал хорошо есть, физически окреп, прибавил в весе. Беспокоится о будущем, активно стремится выяснить ситуацию и планы врача в отношении него. 11 мая 1966 года расширенной комиссией Ленинградской специальной психиатрической больницы с участием представителей Института имени Сербского испытуемый Н. был признан психически здоровым, вменяемым".

"При обследовании в Институте обнаружено следующее. Со стороны физического состояния — без особенностей. Центральная нервная система — без признаков органического поражения.

Психическое состояние: испытуемый правильно ориентируется в месте, времени и окружающей обстановке. В первые дни пребывания держался в стороне от больных, беседы ни с кем не поддерживал, однако внимательно присматривался к окружающим, следил за персоналом. Через несколько дней он стал более активным, начал вступать в беседы с испытуемыми, умело устанавливал с ними контакт. Начал группировать вокруг себя больных, подчинял их своему влиянию. Иногда о чем-то шептался с больными, но при приближении персонала тут же умолкал. Старался расположить к себе персонал. В отделении Института он общителен, активен, разгадывает кроссворды, читает книги. Обнаруживает легкость в общении с испытуемыми и в то же время

неохотно вступает в контакт с врачом. В беседе с врачом на вопросы отвечает односложно, неохотно. Однако часто без наводящих вопросов начинает рассказывать о том, что главный врач специальной больницы — "убийца", "трупоед", "изверг" и т.д., так как он заразил его раком, ревматизмом. В ответ на просьбу врача рассказать об этом подробно испытуемый обнаруживает явное недовольство, пытается повышать голос, стремится уйти из кабинета. При указании на неправильное поведение становится напряженным, злобным. Говорит, что он является психически здоровым, но не отрицает неоднократных стационирований в психиатрические больницы. Свое состояние в больницах и в Институте не описывает; замечал иногда, что "сейчас все прошло". Однако при настойчивых расспросах об этом всегда в одних и тех же выражениях говорит, что его преследует МУР, который при помощи "гипноза" заставляет его совершать кражи, хотел его женить и отравить. Он также неохотно рассказывает о побегах из психиатрических больниц и из Института. "Надо было бегать — ну, бегал, и все". В присутствии врачей и персонала испытуемый каждый раз берется за ручку двери только через рукав пижамы, говоря, что "так нужно". Однако в тех случаях, когда он считает, что персонал за ним не наблюдает, а также при беседах с ним, когда он становится раздражительным, грубым, он забывает об этом и берется за дверную ручку обычно рукой. Испытуемый груб при беседе с врачом, иногда заявляет, что лечащий врач заодно с МУРом и главным врачом специальной больницы. Уловив недоверие врача к своим высказываниям, становится злобным, отказывается продолжать беседу. В последние дни пребывания в Институте испытуемый стал напряжен, молчалив, плохо спит. На вопросы больных и персонала отвечает неохотно. В беседе с испытуемыми высказывает беспокойство по поводу своего будущего. Обращается к испытуемым с просьбой помочь ему бежать из Института, часто подходил к окну, вставал на плечи больным и осматривал форточку, заставляя больных отвлекать персонал различными способами".

Все последующие сведения взяты автором из истории болезни подэкспертного.

19 октября 1966 года. Консультация профессора.

"Медлителен, ответы с задержкой, с монотонными, однообразными интонациями; уходит от ответов на ряд вопросов, касающихся его болезненных переживаний и причин помещения в психиатрические больницы. Говорит, что кражи его заставляли делать следственные органы, воздействуя на него на расстоянии — а ему якобы эти кражи были не нужны. "При таких условиях и Вы бы совершили кражу, если бы они захотели". В Ленинградской больнице ему привили ревматизм, у него были

"голоса" и в груди у него сидел "двойник" — и в то же время заявляет, что он психически здоров, а следственным органам было выгодно содержать его в больнице. При указании на явную противоречивость его высказываний заявляет после паузы: "Ну и что же тут такого, что "голоса" — ну, были голоса". Рекомендуется провести амитал-кофеиновое растормаживание".

"20 октября 1966 года испытуемому подкожно ввели 2,0 20% раствора кофеина, а через 5 минут — в/в 5% раствор барбамила, 4,0. Вскоре испытуемый сказал, что он опьянел, и при этом рассмеялся. Вел себя спокойно, говорил, как и до растормаживания, тихим монотонным голосом, не давая аффективных вспышек даже в тех случаях, когда ему возражали. Во время растормаживания сказал, что с детства его запугивали следственные органы, показывали ему чертей и ведьм (это было в 4-5-летнем возрасте), что следственные органы заставляют его воровать у честных людей, чтобы иметь работу, но он, как мог, сопротивлялся их воздействию. Говорит: "Вам меня не понять, как они завладевают человеком с головы до ног — завладевают, что даже палец не может этому сопротивляться". Говорит, что следственные органы действуют на него на расстоянии, ведут и показывают ему квартиру и "внутренне" заставляют делать кражу, а потом следом идут за ним и сразу же арестовывают; сказал, что они даже "подсказывают" ему, как делать кражу, и "подсказывают", когда приходит какое-нибудь постороннее лицо. Сказал, что на него действуют медицинской энергией — это он вычитал из книг, а раньше считал, что на него действовали божественной силой. О своих побегах сообщил, что он сбегал из-за неприятностей. Из Ленинграда сбежал потому, что некий больной — Ш-й — убил больного Л-х, а Л-х был похож на него. Боялся, что его могли тоже убить. Считал, что убийство совершено по указанию главврача больницы — Д., в адрес которого испытуемый сквернословит, цинично ругает его, называет убийцей. Побег из Института Сербского объясняет так: "Послушал женщину из Ленинграда, сообщницу Д., которая приказала: немедленно беги домой. Дома приказывала: уходи куда-нибудь". Говорит, что эта женщина была у него дома, что исполняет роль нищенки, специально дослана к нему и говорила матери, что его надо отравить. О своем "двойнике" сказал, что к нему возвращается душа двойника, действует на него — поэтому приходится ему есть за двоих".

Запись от 8 ноября 1966 года. "В контакт вступает не сразу, неохотно отвечает на поставленные вопросы, уходит от ответов, касающихся его болезни: "Зачем Вы спрашиваете о болезни? Я чувствую себя хорошо", — зато откровенно говорит о своих преступлениях, о совершенных кражах. Речь монотонная, не модулирована. Мимика лица застывшая, взгляд несколько настороженный, пристальный. При беседе опускает голову, взгляд несколько

вял, адинамичен. Испытуемый заявил, что в Ленинградской больнице его заразили ревматизмом по указанию главного врача больницы. Но когда испытуемому возражают, что заразиться ревматизмом невозможно, то он замыкается. становится неконтактным: "Тогда я ничего не буду говорить, если Вы мне не верите". При настойчивых расспросах испытуемый вступает в контакт и также недовольным голосом начинает высказывать недовольство помещением его на экспертизу: сказал, что его возили на суд, а привезли на экспертизу. Обвиняет главного врача Ленинградской специальной психиатрической больницы в том, что главный врач поместил его в одиночную палату, где он пытался его задушить, для чего присылал в палату других больных, чтобы убить его. Заявил, что если его вновь отправят в Ленинградскую специальную больницу, то он что-нибудь наделает, но туда не поедет: это лучше отсидеть срок, чем находиться в специальной больнице. Мышление испытуемого непоследовательное, соскальзывает, застревает на событиях, связанных с пребыванием в Ленинградской специальной больнице. Уходит от прямых вопросов. Испытуемый проявляет повышенный интерес к себе: просит дать ему зубную пасту, личные шерстяные носки, прожорлив. Внешне упорядочен, спокоен; избирательно общается с испытуемыми, играет в настольные игры, читает газеты и журналы, но особого интереса к чему-либо не проявляет. К матери безразличен, не спрашивает о ней; назвал ее надзирательницей, так как она закрывала его на замок и ругалась на него".

Под этой записью стоят две подписи.

Экспериментально-психологическое исследование от 25 октября 1966 года.

"Испытуемый настороженн, подозрителен, требует, чтобы эксперимент не протоколировался: "Знаете, какие положения? Мне не хочется об этом говорить. Все это может обернуться против меня. Чем больше говорю, тем хуже для меня". К исследованию относится двойственно. Отказывается от выполнения: "Не буду ничего делать", "Вы поумнее что-нибудь дайте", — и в то же время тут же начинает выполнять задание. 10 слов, предложенных для запоминания, при динамическом предъявлении воспроизводит следующим образом: 5, 6, 9, 6, 9. Простой рассказ воспроизводит фрагментарно, с пропуском смысловых опорных пунктов. Повторное предъявление не улучшает воспроизведения. Затрудняется при необходимости сделать соответствующий вывод, умозаключение (рассказ "Галка и голубь" интерпретирует следующим образом: "Не вышло у нее ничего. Афера не прошла. То, что теперь аферистам по 10 лет дают ... "). Некоторые пословицы объяснить отказывается или же объясняет в плане своих установок. Например, "Не ищи зайца в бору — он на опушке

сидит" объясняет следующим образом: "Тут надо о чем-нибудь догадаться. Это не скрытый враг — он открыто действует, прямо, не скрывая себя. Вот у Вас имеется враг или у меня — он не скрывается ... ". В задачах на обобщения затруднен, инструкции усваивает с трудом — после демонстрации образца, повторных дополнительных разъяснений. Усвоив инструкцию, не удерживает ее; операцию обобщения подменяет подробным перечислением предметов и толкованием — для чего они нужны, модны они или не модны и где они стоят. Из 15 вариантов только 3 выполнил правильно, в остальных вариантах обобщения не производит. Последовательность событий в серии сюжетных картин устанавливает неправильно. При выполнении этого задания по зрительным следам фрагментарно перечисляет отдельные картины, не устанавливая между ними причинно-следственной связи: "Там телега, хутор какой-то, дорога, извозчик. Телега нагружена чем-то". При действии со зрительными опорами дает свою версию; считает, что одна картина сюда не подходит ее нужно положить отдельно. При интерпретации пятен Роршаха отрицательное эмоциональное отношение: "Все картины неприятные". Говорит о том, что в пятнах Роршаха изображены картины его прежней жизни, начиная с пятилетнего возраста: "Вы откуда взяли эти картины? Это Вы специально из моей жизни взяли — варианты из моей жизни Вы взяли. Я был маленьким, лежал в колыбели, а какие-то рожи наклонялись надо мной. Они были страшные, я съеживался под одеялом. Они меня брали и носили по комнате. Это было страшно. Они были без крыльев — я видел только их страшные рожи" (картина N 3). Картина N 4: "Это тоже из моей жизни. Была дыра в потолке — до этого не было дыры. Я вошел в комнату; там ничего не было — ни кровати, ни стола. Там были цветы, туда никто не ходил. Я захожу туда, делаю шаг через порог — а кто-то говорит, смотрит. Когда меня предупредили, что он может сделать что-то неприятное, я повернулся но никого не было. Когда я переходил через порог, с потолка свисла огромная лапа, а голос громовой мне говорит: "Где ты там?" Это было страшно. Я сказал об этом бабушке; она сказала, что нужно слушать мать — это был домовой". В пробе на вербальный синкретизм, требующий подбора фраз, подходящих по смыслу к пословицам, все задания выполняет неправильно, руководствуясь вербальным сходством по типу: "Не красна изба углами, а красна пирогами" — "нельзя питаться одними пирогами, нужно есть и ржаной хлеб", — или нелепо: "Плохую овцу из стада вон" — "одну хорошую книжку прочесть полезнее, чем 7 плохих".

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает достаточно выраженные нарушения мышления (нарушение

процессов отвлечения и обобщения, нарушение последовательности суждений, целенаправленности)".

Оценка экспериментально-психологического исследования независимым психологом К.: "В отношении к обследованию у больного отмечались признаки бредового поведения. На первый план выступают признаки дезорганизации, разлаженности психической деятельности: восприятие фрагментарно, мышление нецеленаправленное, непродуктивное; отмечается регресс мыслительных действий (больной не удерживал инструкции к заданиям, вместо операции обобщения просто перечислил нарисованные предметы, не мог установить последовательность событий, фразы к пословицам подбирал по сходству отдельных слов, а не по смыслу); критические способности снижены".

Оценка экспериментально-психологического исследования независимым психологом С.: "Вывод из представленного экспериментально-психологического заключения от 25/X 1966 года может быть сформулирован таким образом. Обнаружены: грубая неустойчивость активного внимания, гипобулия, полевое поведение с резким актуальным снижением уровня обобщений, полная непродуктивность. Дезорганизация психической деятельности достигает психотического уровня".

"В Институт имени В.П.Сербского, главному врачу. От родственников Н-ва Б.Д., 1931 года рождения, Ш-ых Е.И., Н.И. и К-ой А.И., проживающих в г. Воронеже по улице ... (адрес).

В настоящее время нам известно, что Н. находится в Институте имени Сербского, о чем сообщила его мать. Так как он долгое время жил у своей бабушки в г. Воронеже (по тому же адресу, что и авторы письма), нам много приходилось наблюдать за ним, за его ненормальными действиями. Он был безразличен — мог одеть один ботинок белый, другой черный; брюки одевал — одна штанина поглажена, другая нет, — и он говорил, что это неважно. Был очень нервный и всего боялся, даже радио; одна женщина, которая приезжала с района просить милостыню — он ее боялся, говорил, что она его колдует; он ее гнал и говорил: "Если еще появитесь — я Вас ударю, побью". Ночи почти не спал, а когда спросишь: "Почему не спишь?" — то однажды он сказал: "Гора движется на нас, посмотрите — и если бы я не спал, то нас давно бы всех придавило". Как раз среди зимы он сломал печку и весь кирпич выбросил во двор, пока бабушка уходила в магазин. Он был на учете в психиатрической больнице N 10, где ему выписывали таблетки, чтобы он спал — а он накормил годовалого ребенка снотворными таблетками, ребенку еле спасли жизнь. Его отец — больной шизофренией, брат отца — Н-ов Д.А. — тоже был больной и покончил жизнь само-

убийством; двоюродный брат отца находился на учете в 10 психиатрической больнице г. Воронежа; две двоюродных сестры отца тоже больные, у одной из этих сестер дочь 3-а тоже болела и совсем молодая умерла".

19 октября 1966 года (три подписи).

Москва, Институт имени Сербского. Главному врачу.

"Сообщаем фамилии и адреса больных, которые являются родственниками Н. со стороны отца". Далее перечислены фамилии, имена и отчества родных и адреса их проживания. "Все они находятся на учете в психиатрической больнице N 10 г. Воронежа".

8 ноября 1966 года (две подписи).

Дополнение к психическому статусу подэкспертного по данным дневников наблюдения среднего медицинского персонала (сделано автором).

2-28 октября 1966 года. "На вопросы отвечает односложно: "да", "нет". Совершенно не поддерживает разговора, связанного с заболеванием. Вял, несколько заторможен. Интересов не высказывает, обстановкой не тяготится. Сказал, что в Ленинградскую больницу он не поедет — пусть лучше убьют. Весьма брезглив: когда идет в туалет, то дверную ручку открывает через рукав пижамы, часто моет руки. Отмечается прожорливость. За один присест съедает большое количество продуктов. О своем "двойнике" сказал, что к нему возвращается душа "двойника" и действует на тело, поэтому ему приходится есть за двоих. Заказывает себе много продуктов (виноград, ананасы, абрикосы, творог, хурму, селедку, колбасу, яйца, вареную курицу, орехи), при этом за один присест съедает большое количество. Ест с жадностью, быстро. В одно и то же время ест селедку, курицу, творог, фрукты. Пожаловался на боли в суставах с указанием на то, что ему привили ревматизм. Главврача Д. называет "трупоедом". Когда встречает возражения, то он говорит, что "Вы с ним заодно"; матери его они "затерли мозги", "вводят в заблуждение". При этом озлобляется, раздражается и даже кричит на лечащего врача".

3-30 ноября 1966 года. "В отделении появился интерес к сохранным больным — общается с ними, не любит говорить с испытуемыми в присутствие персонала. Кушает много. Говорит, что снова ему в голову лезут мысли, но какие, не говорит. Внезапно садится и требует, чтобы его побрили (до этого отказывался): "Именно сейчас надо побрить", — опять-таки причины не объясняет. Конфликтует с Т., ударил последнего ногой, цинично выражались в адрес друг друга. Ночь спал тревожно, часто ходил

в туалет. (...) Ночью спит плохо, долго не может заснуть, часто ходит в туалет".

1-31 декабря 1966 года. "Задумчив, бесцельно ходит по палате. Питается у себя в постели; брезглив, прожорлив. Рассказывает испытуемому Ч., что ему много подстраивали плохого. Брезглив, часто моет руки, дверь открывает через пижаму. Когда берет передачу, то старается руками не брать, а берет целлофановый мешочек. Резать ножом продукты не разрешает. Взгляд хмурый, с больными малообщителен, ничем не занят. Беспокойства за будущее не высказывает, обстановкой не тяготится. Следит за своим внешним видом, занимается гимнастикой, обучает больных гимнастическим упражнениям. Играет с больными в настольные игры, проигрывает им. Продолжает проявлять брезгливость, в ванне моется после того, как сам вымоет ее. Обижается на персонал, когда увидит, что будто бы кто-то прикасается к его передаче".

3-5 февраля 1967 года. "На прогулке бывает подвижен, много бегает, натирается снегом, занимается гимнастикой. О своих переживаниях ни с кем не делится, подчеркнуто брезглив, часто моет руки. Требует прогулку, во время прогулки много бегает, занимается гимнастикой. Следит за своим здоровьем, внешне чист, опрятен. Подозрительно осматривает некоторые продукты. Прожорлив, брезглив, любую дверь открывает через пижаму. Персоналу говорит, что врачи хотят сделать его психически больным, спрашивают его, не слышит ли он голоса — врачи якобы наталкивают его, чтобы он говорил, что ему слышатся голоса: "Как я буду говорить, если мне ничего не слышится?"

"22/II температура до 38,3° . Говорит, что у него "инфекционный грипп", так как после простого гриппа он себя так плохо не чувствовал. Вечером танцевал, сказал: "Много не могу — болит сердце". Настроение приподнятое, пытается плясать, угощает всех конфетами: сказал, что у него день рождения. Вслух читал больным стихи. С любопытством спрашивал, куда готовили больного С. Любит находиться в обществе санитарок. Вечером был сексуален, распущен. Предлагал жениться на дежурной медсестре. Когда ему сделали замечание, возбудился, кричал, что ему нужна женщина, а его здесь держат. По-прежнему брезглив".

20-23 февраля. "Рассказывает больным, как он ловко и умело ведет себя во время побега от органов милиции. Бежит до тех пор, пока ему становится трудно — но им еще тяжелее: "изматываю им все силы. Я попадаюсь им лишь тогда, когда меня окружают со всех сторон". Испытуемый любит подойти к каждому поступившему испытуемому, умеет найти подход к каждому, склонить к чему-нибудь, расположить к себе. Навязчиво

предлагает персоналу конфеты, продукты. В отделении занят чтением журналов, разгадыванием кроссвордов; если сам не может разгадать, прибегает к помощи окружающих. Настороженно прислушивается, приглядывается ко всему окружающему. На замечания и на вопросы отвечает правильно, логично. Находится в кругу больных, активен, общителен. Старается, чтобы его разговоры с больными не подслушивались. Иногда начинает плясать в отделении. При замечаниях говорит: "А что здесь еще больше делать? Все надоело". Брезглив: просит у персонала ватку, старается протереть тело, говорит, что кто-то притрагивался к его шее".

24 февраля — 10 марта 1967 года. "Несколько напряжен, взгляд настороженный, настроение снижено. В отделении весь день ничем не занят. Скучный, молчаливый, настроение резко снижено. На вопросы больных не отвечает. Стал плохо спать. На прогулке молчалив, ходит тихо. Вся беспечность исчезла, беспокоится о будущем. Мрачен, перестал разговаривать с персоналом. В 20.30 8 марта при помощи зубной щетки открыл дверь в ванную комнату. Сказал, что любой замок он может открыть без труда. Тосклив, мрачен".

Из дневника истории болезни — добавление автора.

11 марта "прошел комиссию на расширенной общеинститутской конференции под председательством профессора Н.". Заключение: "*Психопатия* (курсив автора) типа неустойчивых, истерических. Ранее ставившийся диагноз шизофрении единодушно опровергнут".

"На основании повторного наблюдения и обследования испытуемого в Институте имени Сербского с 28 сентября 1966 г. по 11 марта 1967 года, данных подлинных историй болезни и архивных уголовных дел комиссия приходит к заключению, что Н. психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает *психопатические черты характера* (курсив автора). На протяжении всей жизни испытуемому были свойственны такие особенности характера, как повышенная раздражительность, легкая вспыльчивость, неуравновешенность настроения, склонность к конфликтам с окружающими, жестокость, лживость, демонстративность в поведении. В трудной для него ситуации (1947 г.) у него возникло кратковременное реактивное состояние в форме истерической реакции, которое полностью прошло. В последующем, на протяжении 20 лет (с момента наблюдения его психиатрами), у испытуемого не появлялось каких-либо новых изменений психики, которые бы могли бы свидетельствовать о развитии у него психического заболевания, в том числе и шизофрении. В настоящее время у испытуемого также не отмечается ни продуктивной симптоматики, ни явлений дефекта психики, свойственных шизофрении. Поведение испытуемого и его высказывания в период

многократных обследований его психиатрами носили симулятивный характер. Предъявляемые им жалобы не складываются в цельную психопатологическую структуру, а носят хотя и многообразный, но разрозненный характер и не сопровождаются расстройствами мышления и эмоциональности, свойственными шизофрении. Они лишены естественного развития и детализации, а отношение к ним самого испытуемого выявляет понимание им того, что его жалобы не могут быть оценены как болезненные. За 20-летний период наблюдений его психиатрами, несмотря на предъявленные им пышные переживания, не удается констатировать также и какой-либо процессуальной динамики. Каждый раз после выписки или побега испытуемого из психиатрических больниц предъявляемая им симптоматика, как это видно из материалов уголовного дела, не только не отражается на его поведении, но и не соответствовала его поступкам и характеру взаимоотношений с окружающими. Нераспознавание истинной природы высказываний и жалоб испытуемого в известной мере было обусловлено легкостью их преподнесения, а также особенностями поведения испытуемого в психиатрических больницах. В соответствии с поставленными перед экспертизой вопросами, комиссия приходит к выводу, что Н. в период времени с 1960-1965 гг. каких-либо болезненных расстройств психической деятельности не обнаруживал. Поведение его при обследовании в психиатрических учреждениях и в настоящее время является симулятивным. Поэтому экспертная комиссия Института им. Сербского подтверждает заключение Ленинградской специальной психиатрической больницы от 11 мая 1966 г., а также считает, что Н. в отношении инкриминируемых ему деяний (с 1960 по 1965 гг.) следует считать вменяемым".

6 подписей.

Анализ болезни Н., проведенный автором

Психическое состояние Н. в период заключительной СПЭ в Институте определялось продуктивными и негативными психопатологическими нарушениями. К продуктивным психопатологическим симптомам относятся четыре группы расстройств: 1) биполярные аффективные нарушения; 2) бредовая настроенность; 3) эпизодические зрительные функциональные галлюцинации; 4) монофобия.

С начала января по вторую половину февраля 1967 года у Н. отмечалось гипоманиакальное состояние (см. записи в дневниках среднего медицинского персонала). Гипомания определялась двигательной активностью, отмеченной и в отделении, и осо-

бенно во время прогулок (занимался гимнастикой, много бегал, натирался снегом, плясал). Одновременно отмечалась его разговорчивость (стремился общаться с окружающими, читал больным стихи, хвастался совершенными правонарушениями с наивными объяснениями своих успехов и неудач во время побегов). Именно в этот период проявлялась способность Н. "найти подход к каждому", "расположить к себе" — свойство, отмеченное у него и в Ленинградской специальной психиатрической больнице. В период гипоманиакального состояния у Н. появился отсутствовавший ранее интерес к чтению, разгадыванию кроссвордов, настольным играм. Гипоманиакальное состояние временами усиливалось в вечернее время: "вечером настроение приподнятое, вслух читал больным стихи, сексуален, распущен, предлагал жениться на дежурной медсестре, кричал, что ему нужна женщина" — то есть в эти часы гипоманиакальное состояние могло сменяться маниакальным. На протяжении всего остального времени пребывания в Институте настроение Н. можно было определить как субдепрессивное. В нем преобладал различный по степени выраженности адинамический компонент, который на короткие периоды времени мог смениться симптомами дисфории. Именно в состоянии субдепрессии сотрудниками Института отмечались у Н. нарушения мышления в форме непоследовательности и соскальзываний и эмоциональная измененность — безразличие к матери (см. запись от 8 ноября 1968 г.). Бредовая настроенность отмечена психологом Института ("испытуемый настороже, подозрителен"). Она также описывается в самых различных разделах психического статуса в дополнительных сведениях. В частности, отмечено, что Н. мог откровенно говорить "о своих *преступлениях* (sic! — Н.Ш.) и совершенных кражах"; вместе с тем, о бывших у него ранее психопатологических расстройствах он говорить отказывался: "Зачем Вы спрашиваете о болезни? Я чувствую себя хорошо". Подобные высказывания о бывших психопатологических расстройствах отмечались у Н. неоднократно. Такая диссоциация между сообщениями о бывших психических нарушениях, о которых говорят мало или плохо, и высказываниями о неправильном поведении говорит о наличии диссимуляции. Об этом же косвенно свидетельствует желание Н. быть признанным здоровым. Проведенная Н. психофармакологическая проба подтверждает наличие у него в прошлом бредовых расстройств, в том числе и в возрасте 4-5 лет. Эпизод функциональных зрительных галлюцинаций выявился при экспериментально-психологическом исследовании: в цветных пятнах Н. увидел ряд "картин", относящихся к его раннему детству. Об этих "картинах" он сообщил и при проводившейся ему фармакологической пробе. Монофобия проявлялась у Н. повышенной брезгливостью, достигавшей степени страха зара-

жения, и сопровождалась ритуальными действиями (частое мытье рук и др.).

К негативным симптомам следует отнести отчетливое эмоциональное снижение Н. и резкую дезорганизацию психических функций, в частности, касающихся мышления. Это мнение высказано не только психологом Института, но и двумя независимыми психологами. Особенности изменений личности Н. позволяют говорить о процессуальном заболевании.

Н. заболел в возрасте 4-5 лет. Продуктивные психопатологические расстройства возникали у него периодически и до определенного времени подвергались видоизменению и усложнению. Инициальными психическими нарушениями являлись возникавшие у Н. в детстве ночные страхи. Они отличались сложной структурой и большой интенсивностью. Страхи сопровождались зрительными ("зрительные страхи" — В.Н.Мамцева, 1956), слуховыми, гаптическими галлюцинациями и психосенсорными расстройствами: "страшные рожи", "дыра в потолке", "свисающая с потолка огромная лапа", "громовой голос: где он там?", ощущение, что его берут и носят по воздуху. Г.Е.Сухарева (1974) считает, что подобные ночные страхи близки к бреду. Выраженный аффективный компонент позволяет диагностировать у Н. в детстве эпизоды аффективно-бредовых расстройств. О том, что речь шла не об однократном состоянии, свидетельствует запись от 20 октября 1966 года: "показывали чертей и ведьм". Наблюдавшиеся у Н. в детстве периоды бессонницы могут косвенно подтверждать существование ночных страхов. В детские годы в характере Н. отмечалась замкнутость, привязанность к матери и наличие стереотипной игровой деятельности — увлечение выпиливанием. Эти данные позволяют думать об отчетливом шизоидном радикале в его характере и, возможно, о существовании элементов синдрома Каннера.

В ранние школьные годы у Н. появляются не описанные до этого черты характера, в первую очередь возбудимость и агрессивность. Таким образом, правомерно думать, что в детские годы у Н. возник характерологический сдвиг.

В возрасте 16 лет, то есть во втором "кризисном" периоде, у Н. развивается психическое расстройство, квалифицированное врачами Архангельской психиатрической больницы как реактивный психоз. Неполнота анамнестических сведений не позволяет дать точную синдромальную оценку этому состоянию. В структуре психоза первоначально отмечался страх, возможно — бредовая настроенность и импульсивный поступок: "ударил сотрудника колонии тяпкой по голове и убежал в лес". Правомерно думать, что в период побега у Н. существовало аффективно суженное, а, может быть, и более глубокое изменение сознания: счи-

тал, что близко находится Москва, блуждал по лесу, обнаружен спящим. Психический статус Н. в период его пребывания в Архангельской психиатрической больнице определялся депрессией с выраженной злобой и агрессивными поступками: "набрасывался драться". Истерические расстройства в тот период не описаны. В структуре диагностированного у Н. реактивного психоза отсутствовало психогенное содержание.

В возрасте 19 лет у Н. аутохтонно развивается непродолжительный аффективно-бредовой психоз: "стал суетливым", "не по порядку говорил", собирался "работать членом Правительства", "награждать людей", называл себя "святым человеком", — то есть возникло маниакальное состояние, сопровождавшееся экспансивными бредовыми идеями. Данный психоз (приступ) сменился неполной ремиссией с выраженной злобностью (как и во время психоза в 16 лет), нарушениями ночного сна, появлением во время бессонницы психосенсорных расстройств, сопровождающихся аффектом страха (говорил о надвигающейся горе, которая способна всех раздавить)[1]. Кроме того, отмечались бредовые идеи колдовства, о которых сообщают близкие Н. и он сам в период заключительной СПЭ. В этот же период у Н. отмечались неожиданные "странные" поступки: зимой развалил печь, чуть не отравил ребенка психотропными средствами и др.

В последующие годы у Н. наступила ремиссия, сопровождавшаяся эпизодами параноидной настроенности (мастер "ломает" исправленные им часы, сослуживцы "переговариваются" о нем) и биполярной циркулярностью. В гипоманиакальных состояниях отмечались эпизоды дурашливости — "насыпал в рот спящему больному табак" (1951 г.), "все время находился среди больных, которым делал бумажные шляпы и учил танцевать чечетку" (1958 г.) и т.д.

В возрасте 26 лет (в период пребывания в ИТК) у Н. возникает галлюцинаторно-параноидный психоз: бред слежки, отношения, преследования, идеаторные психические автоматизмы, вербальные галлюцинации. Бред имел психогенную патопластику. Примерно в это же время у Н. появляются не связанные с ситуацией высказывания о "двойнике". Это расстройство можно расценить или как бред двойника (вне рамок "иллюзий ложного узнавания"), но скорее речь шла о появлении аутопсихической бредовой деперсонализации.

Таким образом, к 26 годам Н. перенес четыре психотических состояния, разделенных ремиссиями. Между третьим и четвертым психозами в ремиссии отмечалась бредовая настроенность. Сами психозы отличались усложнением своей структуры: аффек-

[1] Аналогичное расстройство в период, предшествующий манифестному психозу, отмечалось у подэкспертной ТТ (см. наблюдение N 8, с 103).

тивно-бредовые эпизоды в детстве, аффективно-бредовые состояния в юности и галлюцинаторно-параноидный психоз в 1957 году. Два психоза (второй и четвертый) возникли или после, или в условиях психогении.

На протяжении последующих 10 лет неоднократно возникавшие у Н. психопатологические расстройства имели ряд сходных признаков: они возникали в ходе следствия и наблюдения в условиях стационара; их клиническая картина, за малым исключением, соответствовала тому, что наблюдалось у Н. в возрасте 26 лет — то есть последующие психические расстройства возникали по типу "клише". Данное обстоятельство, быстрое исчезновение психических расстройств в условиях принудительного лечения, безупречная симуляция злокачественного развивающегося онкологического заболевания в течение длительного времени, высокий профессионализм, проявленный Н. при совершении квартирных краж, явно корыстный характер совершенных правонарушений — наконец, неоднократные побеги из психиатрических учреждений тюремного типа не могли не повлечь за собой предположения, что подобные действия может совершить только здоровый, но никак не душевнобольной человек. Скорее всего, по этой причине весь "длинник" болезни и психическое состояние Н. во время последней СПЭ были расценены экспертами Института как симуляция.

Отмеченные автором в период заключительной СПЭ стертые и полиморфные позитивные расстройства, а также выраженные личностные изменения, подтвержденные не только данными истории болезни, но и заключениями исследовавших Н. психологов, свойственны вялопротекающей шизофрении. Болезнь первоначально развивалась в форме приступов, а затем приступообразное течение сменилось вялым. Считать симулятивными можно только те продуктивные расстройства, которые отмечались у Н. в последние 10 лет. Эти симулятивные расстройства возникли на "патологически измененной почве" на фоне вялого развития болезни. Поэтому их надо квалифицировать не как симулятивные, а как явления метасимуляции[1].

Диагноз: "Приступообразно-прогредиентная шизофрения. Особенность болезни — исчезновение приступов при сохранении позитивных и негативных симптомов, свойственных вялопротекающему процессу (биполярная циркулярность, навязчивости, эпизоды сенсорных расстройств), а также грубые нарушения мышления и эмоциональная измененность.

[1] "Метасимуляция — сознательное продление заболевания или целевое изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов психической болезни". Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 375.

Важным косвенным доказательством шизофренического процесса у Н. является его генеалогический анамнез: наследственное отягощение психическими болезнями по обеим линиям (всего 6 человек). Отец Н. болен вялопротекающей шизофренией, начавшейся в пубертатном возрасте и проявляющейся в первую очередь психопатоподобными расстройствами. Н. заболевает в детстве, и у него, помимо симптомов, свойственных вялопротекающей шизофрении, в том числе и психопатоподобных, возникают психозы, то есть в данном случае наблюдается феномен антепозиции — пробанд заболевает раньше, а его болезнь течет более тяжело, чем это наблюдается у его больных кровных родственников.

Наблюдение N 21. "К., 1938 г.р. Обвиняется в краже личного имущества. В Институт поступил 8 мая 1973 года.

Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела известно следующее. Наследственность психопатологически не отягощена. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Обучение в школе начал с 7 лет, отличался неусидчивостью, неуравновешенностью характера. Систематически нарушал дисциплину в классе, дрался со сверстниками, неоднократно доставлялся в милицию. С 1950 года по 1955 год испытуемый находился в детской трудовой воспитательной колонии. В 1956 году привлекался к уголовной ответственности за хулиганство, отбыл срок наказания. В 1958 году был осужден по Указу от 4 июня 1947 года, находился в ИТК. Злоупотреблял наркотическими веществами. Испытуемый сообщает, что, отбывая срок наказания, он стал замечать, что за ним ведется "особое наблюдение" со стороны работников милиции и сотрудников КГБ, которые кинули в его камеру "гранату с газом", "сделали операцию, вставили в мозг датчик", с помощью которого "узнают его мысли". Испытуемый отмечает также, что с этого времени периодически слышит голоса. Освободившись из мест лишения свободы, работал грузчиком, упаковщиком. Со слов испытуемого, он в 1966 году перенес тяжелую черепно-мозговую травму с потерей сознания, с переломом костей черепа. В том же году заразился сифилисом, по поводу которого проходил специальное лечение. С 1967 года страдает язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Наркотики не употребляет с 1966 года. В 1967 году судим по статье 144, ч. II УК РСФСР. Наказание отбывал в ИТЛ. В местах лишения свободы совершил очередное правонарушение (хулиганские действия). Находился в заключении до сентября 1972 года. Службу в армии испытуемый не проходил, так как в период призыва находился в местах лишения свободы (военный билет N ...).

Как следует из материалов уголовного дела, 9 ноября 1972 года, находясь в Москве без определенного места жительства и

занятий, испытуемый совершил тайное хищение личного имущества, но был задержан. В ходе следствия 2 января 1973 года испытуемый был освидетельствован в городской АСПЭК, где в процессе освидетельствования правильно ориентировался в окружающем. Был угрюм, раздражителен. На вопросы отвечал односложно. Жаловался на головные боли, на комиссию пришел с туго обвязанным платком на голове, заявлял, что его беспокоит электрод в голове. Сообщил, что свыше 10 лет его преследуют работники КГБ. Говорил, что слышит голос, который "преследует его повсюду". Отмечал, что после приема наркотиков чувствует себя хорошо. В беседе путался, волновался. Отказывался от беседы: "Мужчинам я не доверяю — халат может одеть каждый". Комиссия пришла к заключению, что в связи с неясностью клинической картины решить вопрос о психическом состоянии испытуемого и его вменяемости не представляется возможным и рекомендовали провести ему стационарную СПЭ".

"При обследовании в Институте установлено следующее. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Центральная нервная система — без патологических знаков.

Психическое состояние: испытуемый контакту доступен формально. Сведения о себе сообщает подробно, но непоследовательно, склонен к пустому рассуждательству. Рассказывает, что с 1958 года он и его семья постоянно подвергаются преследованию работников милиции. Уверен, что именно они "отравили его отца". Говорит, что ему сделали операцию мозга и вставили датчик в голову при помощи газа, после чего он ощущает переключение этого датчика в голове. С уверенностью заявляет, что работники милиции читают его мысли, отнимают их. Считает себя человеком, способным "облегчить судьбы других людей". Эмоционально монотонен, однообразен. В отделении много времени проводит в постели. Самостоятельно с просьбами и жалобами к персоналу не обращается. Повязывает голову платком — для того, чтобы "не развалился мозг". Говорит, что ощущает запах "своего гниющего мозга". Пребыванием на экспертизе не тяготится. Возможным исходом своего дела не интересуется. Критика к своему состоянию и ситуации отсутствует.

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. О чем свидетельствуют данные анамнеза и настоящего психиатрического обследования о наличии у испытуемого свойственных шизофрении нарушений мышления (бредовые идеи отношения, преследования, отравления, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо) в сочетании с обонятельными галлюцинациями, а также неадекватность эмоциональных

проявлений (тусклость, однообразие) и отсутствие критических способностей. Поэтому К. в отношении инкриминируемых ему деяний следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа".

Катамнез (по данным АСПЭК Института — 4 октября 1974г.).

"2 августа 1973 года испытуемый поступил на принудительное лечение в больницу имени Ганнушкина. В период пребывания в больнице он неохотно рассказывал о своих психотических переживаниях, в процессе беседы обнаруживались расстройства мышления в форме резонерства, вычурности оборотов. 23 августа 1973 года испытуемый совершил побег из больницы. 3 сентября 1973 года был задержан при совершении кражи. Было возбуждено новое уголовное дело. В период следствия, 30 октября 1973 года, испытуемый был освидетельствован в АСПЭК. Во время освидетельствования был злобен, напряжен, заявлял, что говорить ничего не будет, так как о нем "все известно"; утверждал, что должен находиться в ИТЛ, чтобы "помочь всем несчастным людям". С диагнозом: "шизофрения" был признан невменяемым. Принудительное лечение проходил в больнице имени Ганнушкина. Пребыванием в больнице не тяготился, заявлял, что его привлекает жизнь в заключении, так как там он может быть "полезен для общества". Мышление было с выраженным резонерством. 28 декабря 1973 года совершил из больницы побег. С января 1974 года по июнь 1974 года испытуемый находился в Москве, где совершил ряд краж, вступив в сговор с рядом преступных лиц. В процессе следствия на первых допросах он отказывался от дачи показаний, а затем стал заявлять, что "кражи он совершал избирательно" там, где, по его мнению, проживали работники КГБ".

"На АСПЭК в Институт имени В.П.Сербского поступил 4 октября 1974 года. Обвиняется в систематическом сговоре с другими соучастниками совершения квартирных краж.

Из материалов уголовного дела, медицинских документов и со слов испытуемого известно следующее" — дополнение к первоначальному анамнезу.

"Всего окончил 5 классов. В 13-летнем возрасте, будучи втянутым в компанию асоциальных подростков, участвовал в кражах, в связи с чем был направлен в детскую колонию. Оттуда испытуемый неоднократно совершал побеги, что увеличивало срок его пребывания в колонии с 1950 года по 1955 год. С 1956 года по 1963 год дважды был судим за кражи и хулиганство, наказание отбывал в ИТК. В этот период стал употреблять наркотики: кокаин, морфий, опий, кодеин. По этому поводу лечился в Омской межобластной больнице; с 1967 года наркотики не употребляет. По словам испытуемого, в период последнего пребыва-

ния его в ИТК (с 1967 года) он стал замечать, что сотрудники милиции и КГБ ведут за ним "особое наблюдение": для этого они сделали операцию — "вставили в мозг датчик", с помощью которого "узнают" его мысли. Тогда же стали появляться "голоса".

"При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее. Соматическое состояние. На коже левого предплечья два линейных рубца. В области правого локтевого сгиба рубец с неровными краями. Татуировка на туловище. Со стороны внутренних органов — без патологии. Нервная система — без знаков очагового поражения.

Психическое состояние: испытуемый во время беседы держится манерно, чему-то неадекватно улыбается, голова обвязана платком — чтобы "мысли не разбегались". На вопросы отвечает неохотно, немотивированно озлобляется. Уверен, что врачи "узнают его мысли", поэтому ему "нечего сказать". Утверждает, что в голове у него "датчик", с помощью которого за ним "следят" работники КГБ; они его "специально" заразили сифилисом, подсунув больную девушку, а теперь он "чувствует", что его "мозги гниют". Душевнобольным себя не считает. Заявляет, что он избран "облегчить жизнь несчастным". По поводу этого заявления пускается в пространные нелепые рассуждения о своей роли среди заключенных, утверждает, что он "особый" человек, о котором все скоро узнают. Речь испытуемого непоследовательная, изобилует вычурными оборотами, например: "Кража — это моя нормальность". Эмоционально бедный, практически равнодушен к своей дальнейшей судьбе — лишь формально возмущается, что его направляли в психиатрические больницы. Ничего не может рассказать о своих родственниках: говорит, что их судьба его не интересует. Критики к своему состоянию и сложившейся ситуации у испытуемого нет".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. На это указывают данные анамнеза и настоящего психиатрического обследования о наличии у испытуемого характерных для шизофренического процесса расстройств мышления (резонерство, непоследовательность) в сочетании с идеями отношения, воздействия, преследования с элементами синдрома Кандинского-Клерамбо, эмоциональной уплощенностью и нарушением критических способностей. Поэтому, как душевнобольного, К. в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать невменяемым. По своему психическому состоянию и неоднократным побегам из больниц К. представляет большую социальную опасность, в связи с чем он нуждается в

принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — август 1980 г.).

"После АСПЭК в Институте был направлен в Казанскую психиатрическую больницу, куда поступил 29 июня 1976 года. С первых дней был доступен контакту, спокоен. Врачам рассказал, что в 1972 году "заболел": стало казаться, что за ним следят, "преследуют". В мозг вставили "датчики". "Слышал мужские голоса". После лечения все прошло. Последние три года (до поступления в больницу) "психически больным не был". Психотической симптоматики за весь период пребывания в больнице у него не выявлялось. Он был переведен на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа 20 декабря 1978 года с диагнозом: "шизофрения, параноидный вариант с дефектом в эмоционально-волевой сфере, выражающимся в эмоциональной уплощенности, нарастающей вялости, пассивности, снижением критики к своему состоянию и ситуации, непоследовательности мышления, склонности к пустому резонерству". Как видно из подлинника истории болезни Калининской областной психиатрической больницы N 1, испытуемый поступил туда 2 января 1979 года. В больнице психотической симптоматики не выявлялось. 10 февраля пытался уйти из больницы, а 24 февраля 1979 года совершил побег. Как видно из материалов уголовного дела, испытуемый приехал в Москву, жил у знакомых без прописки, организовал преступную группу, распределил между ними роли, стал совершать квартирные кражи в различных районах Москвы и Московской области. Так, он совершил кражи 18 июня, 3 сентября, 5 сентября, 15 октября, 21 ноября, 4 декабря 1979 года, а также две кражи в неустановленные даты. Испытуемый по этим кражам не допрошен. 29 декабря 1979 года испытуемый совершил кражу кошелька, был задержан и привлечен к уголовной ответственности. 5 февраля ему была проведена АСПЭК. Бреда и галлюцинаций выявлено не было. Отмечено аморфное, паралогичное мышление, отсутствие критики к своему состоянию. С диагнозом: "шизофрения" был признан невменяемым, направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа (г. Сычевка), куда он поступил 12 мая 1980 года. В больнице психотической симптоматики не выявлялось. Поведение было упорядоченным, спокойным. Быстро освоился в отделении, включился в трудовые процессы. 5 августа 1980 года был выписан в связи с вновь открывшимися фактами краж и привлечением в связи с этим к уголовной ответственности".

"Для проведения экспертизы был направлен в Институт Сербского, куда поступил 20 августа 1980 года. 25 сентября и 30 октября он представлялся на комиссии, но в связи с отсутствием

медицинской документации срок его пребывания в Институте продлевался.

Из материалов уголовного, личного дела, медицинской документации и со слов испытуемого" — дополнительные анамнестические сведения.

"В детско-воспитательной колонии неоднократно наказывался за отказ от работы и учебы. Через полгода из колонии убежал, жил у друзей, бродяжничал, воровал. В 1953 году задержан и направлен в детскую воспитательную колонию в г. Махач-Калу, там работал штамповщиком, окончил 6-й класс школы. Через один год убежал в Москву, где через 6 дней был задержан за кражу. В 1955 г. был осужден за кражу на 6 лет лишения свободы. В местах лишения свободы работал на стройке разнорабочим. В 1958 году освобожден условно-досрочно как совершивший правонарушение несовершеннолетний. Через 9 дней после освобождения арестован за совершение карманной кражи и осужден по тому же Указу на 6 лет лишения свободы. Работал в местах лишения свободы на лесоповале бригадиром. Освободился в 1964 году, устроился работать аппаратчиком, был прописан в Калинине, жил у сожительницы. В 1966 году попал под автомашину, перенес тяжелую черепно-мозговую травму, лечился в больнице. После лечения переехал в Москву, где был временно прописан, работал наладчиком станков. Продолжал злоупотреблять наркотиками. Через 3 месяца был арестован за карманную кражу. Ему проводилась АСПЭК в больнице Кащенко, был признан вменяемым, но, как обнаруживающий признаки наркомании, подпадающим под действие ст. 62 УК РСФСР. В 1967 году испытуемый был осужден по статье 144 на 4 года лишения свободы. В течение трех лет лечился в Омской областной больнице от наркомании, после чего в 1970 году переведен в ИТЛ на общих основаниях, работал сортировщиком леса на лесоповале. В 1971 г. за хулиганство, совершенное в лагере, был осужден на 1 год лишения свободы. В 1972 году был освобожден по окончании полного срока заключения, приехал в Москву, жил без прописки у приятелей, воровал. Через месяц, в ноябре 1972 года вновь был арестован за кражу. Был направлен на АСПЭК, а затем — в Институт (май 1973 года)".

"При обследовании в Институте в настоящее время со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При неврологическом обследовании выявлены умеренно выраженные органические изменения центральной нервной системы травматической этиологии.

Состояние психики. Испытуемый в ясном сознании. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Знает цель направления на экспертизу; себя считает психически

здоровым. Настроение в течение первого месяца было ровным, затем — сниженным и подавленным, тяготился длительностью пребывания в Институте. Речь его правильная, с хорошим запасом слов. Интеллект не нарушен. Мышление логичное, последовательное. Суждения обоснованные. Бредовых идей он не высказывает. Галлюцинации отрицает. Во время беседы держится адекватно, убеждает врача, что он психически здоров. Надеется доказать это на комиссии, и в то же время говорит: "Все равно никто ничего не сможет изменить, ведь мне столько лет ставили шизофрению". Рассказал врачу, что лишь однажды предъявлял жалобы врачам на "голоса и преследование" — не хотел идти в тюрьму. Отрицает у себя в прошлом психотические явления. В дальнейшем стал говорить, что они у него "были", но прошли после лечения в психиатрической больнице в Казани. Сообщает различные версии его преследования. Не может ответить на уточняющие и конкретизирующие вопросы. Ситуацию в целом осмышляет с достаточной критикой".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. психическим заболеванием не страдает. Об этом свидетельствует настоящее длительное клиническое обследование, выявившее у него сохранность мыслительных процессов и критических способностей при отсутствии психотических расстройств (бред, галлюцинации) с правильной оценкой прошлых высказываний о преследовании и голосах. При настоящем обследовании не удается выявить таких нарушений психической деятельности, которые могли бы быть расценены как последствия шизофренического процесса. В период времени, относящийся к инкриминируемым ему деяниям, он не обнаруживал также и признаков какого-либо временного расстройства психической деятельности. Поэтому, как непсихически больного, в отношении инкриминируемых ему деяний, а также в отношении кражи кошелька 29 декабря 1979 года К. следует считать вменяемым".

Катамнез (по данным акта СПЭ Института — сентябрь 1985 года).

"В апреле 1982 года испытуемый был осужден на 5 лет лишения свободы. Освободился по отбытии срока наказания 29 декабря 1984 года. 30 декабря 1984 года приехал в Москву, жил без прописки. С 24 января по 22 февраля 1985 года находился в Институте имени Склифософского по поводу множественных ножевых ранений груди (анкетные данные сообщил своего брата). Как видно из материалов уголовного дела, испытуемый совершил ряд краж в разных районах Москвы. В процессе следствия испытуемый неоднократно менял показания по существу дела, иногда отказывался от дачи показаний, на очной ставке заявил, что он "глухой". Он заявлял, что на улице его "порезали" агенты

иностранной разведки (в деле имеются данные, что ножевые ранения ему нанес Б., признанный по этому делу невменяемым).

30 мая и 7 июня 1985 года испытуемому проводилась АСПЭК. Психотической симптоматики, расстройств мышления у него не выявлено. Отмечена склонность к самовзвинчиванию, легкой аффектации. Комиссия пришла к заключению, что К. психическим заболеванием не страдает, является психопатической личностью, рекомендовала считать его вменяемым. Однако в судебном заседании 21 августа 1985 года испытуемый заявил, что он неоднократно "признавался шизофреником", что грудь ему "порезала иностранная разведка". Просил дать ему "7 лет, и все". На суде он повязал голову: говорил, что это удерживает его мысли. В связи с чем суд направил его на стационарную экспертизу".

"В Институт поступил 3 сентября 1985 года.

При обследовании в Институте в настоящее время обнаружено следующее. В нижней трети правой груди окрепший синий рубец — след ножевого ранения. Левое предплечье деформировано (на рентгенограмме — неправильное сращение костей левого предплечья). Соматическое состояние — без патологии. Неврологическое состояние. Левый зрачок расширен, частичное помутнение хрусталика левого глаза. По заключению невропатолога, умеренно выраженные изменения центральной нервной системы как следствие травмы головы.

Состояние психики. Испытуемый в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Знает цель направления на экспертизу. В отделении Института настроение у него снижено в связи со сложившейся ситуацией. Поведение упорядоченное, он спокоен, читает книги, пользуется авторитетом у испытуемых. В беседе с врачом охотно и целенаправленно сообщает данные своей жизни. Правильно осмысляет вопросы, дает на них адекватные ответы. Жалоб на здоровье не предъявляет, но считает, что его нужно направить в общую больницу. Во время беседы о правонарушении быстро возбуждается, говорит громко, выразительно жестикулирует, краснеет. Беседу пытается свести к своему утверждению: "Всё приписывают". Неоткровенен, лжив. Выражает разные версии своего ранения. Рассказывает о своей жизни, отмечает, что практически все время находился в местах лишения свободы: "Другой жизни не знаю, всё в тюрьме". С иронией замечает, что пенсии себе за всю жизнь не заработал. Возбуждаясь, во время беседы говорит: "Из тюрьмы меня переведут в спецбольницу — это я умею". Бредовых идей не высказывает. Галлюцинации у него не выявляются. Ситуацию осмышляет с достаточной критикой".

Данные, взятые из истории болезни подэкспертного — дополнение автора.

Экспериментально-психологическое исследование 30 сентября — 1 октября 1985 года.

“Испытуемый во время исследования многословен, своего собеседника не слушает; высказывания часто противоречивые, недостаточно целеустремленные. Отмечаются неожиданные негативистические реакции, во время которых испытуемый неожиданно отказывается от выполнения отдельных заданий — затем, так же неожиданно, начинает выполнять. Стремится вызвать к себе сочувствие, постоянно возвращается к теме своей “несчастной жизни”, иногда использует это для объяснения своих ошибок, низкого уровня выполнения заданий (“я не смог сделать, так как всю жизнь в тюрьме, ничего не видел, не учился”, — и т.п.). Мнестические процессы снижены. Кривая заучивания 10 слов — 6, 7, 8, 8, и отсроченно — 5 слов. При опосредованном запоминании по методу “пиктограммы” отсроченно называет 6 слов из 9. Опосредующие образы конкретны по содержанию, отражают антисоциальность установок, озабоченность своим будущим. Содержания сюжетных изображений не раскрывает — говорит, что плохо понимает, что тут изображено. При объяснении пословиц в большинстве случаев приводит конкретные примеры из собственной жизни, раскрывающие их смысл. В отдельных случаях отмечаются нечеткие отдельные объяснения: “Волков бояться — в лес не ходить”: “Распоряжайся своей жизнью как можешь. Каждый должен своею жизнью распоряжаться сам, чем кого-то слушать. Я хочу распоряжаться собой так, как хочу — я ничего не боюсь”. При исследовании процессов обобщения отмечается незначительное снижение уровня обобщения, затрудненность абстрагирования. Наряду с этим, в отдельных случаях отмечается выделение несущественных признаков, непоследовательность суждений, единичные соскальзывания. Так, при сравнении понятий “поэма” и “статуя” говорит: “Сходство может быть в словах. Если в поэме говорят о статуе — значит, касается в поэме, а если не говорят — значит, она ничем не должна привлекать”. В пробе “классификация” наряду с конкретными группами, собранными по существенным признакам понятий, объединяет шкаф с книгами и ящик с яблоками, так как “посылку можно объединить с известиями (...) или с библиотекой — предположим, пришла посылка и ее вскрыли в этой комнате, где стоит шкаф”. В ассоциативном эксперименте ответные ассоциации часто не связаны по смыслу со словом-раздражителем. Темп деятельности быстрый.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследование, наряду со снижением мыслительных процессов и конкретным уровнем обобщения, обнаруживает непоследователь-

ность отдельных рассуждений, единичные соскальзывания, тенденцию к выделению несущественных признаков предметов; отмечается неустойчивость мотивации, оппозиционность, антисоциальный характер установок".

Заключение независимого психолога К.: "Не исключено, что во время обследования аффект у больного был несколько повышен: ускоренность ассоциативных процессов, он был многословен, не слушал собеседника. На этом фоне были выявлены нарушения мышления в виде непоследовательности суждений и единичных соскальзываний. Продуктивность мнестических процессов и уровень доступных обобщений были снижены. Отмечены изменения личности, которые в поведении проявлялись в форме негативных реакций, неустойчивости мотивации, оппозиционности".

10 октября 1985 г. Комиссия. "Вошел с улыбкой. "С 1952 г. нигде не прописан — сижу в тюрьме. Убегал из больницы. Ни на что не жалуюсь". Говорит очень громко. Говорит, что плохо слышит. Согласен "на вольную больницу". "Я сижу ни за что". Утверждает, что он не воровал. "Был шизофреником, и к тому же психопат. Я нашел себя в этой жизни — мне другой жизни не нужно. Слабому я помогаю. Горжусь тем, что помогаю людям обездоленным, слабым".

"На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К. психическим заболеванием не страдает; у него наблюдаются признаки психопатии истерического круга. Об этом свидетельствует сохранность интеллектуально-мнестических функций и критических способностей при отсутствии какой-либо психотической симптоматики (бред, галлюцинации и др.). В то же время, ему свойственны неустойчивость интересов, живость, склонность к фантазированию и самовзвинчиванию, театральность в поведении, эмоциональная лабильность. Однако степень указанных особенностей характера выражена не столь значительно, чтобы лишать его способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. На это указывают его способность быстро и правильно оценивать обстановку, дифференцированнное поведение при сохранном интеллекте и отсутствии психотических симптомов (бреда, галлюцинаций и др.). В период времени, относящийся к инкриминируемым ему деяниям, он, как видно из материалов дела и данных настоящего психиатрического обследования, не обнаруживал признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности. Поэтому, как непсихически больного, в отношении инкриминируемых ему деяний К. следует считать вменяемым. По своему психическому состоянию в настоящее время К. может предстать перед судом и нести ответственность за содеянное. Его

поведение в суде следует расценить как установочное и предпринятое в защитных целях".

Катамнез (по данным истории болезни Института — 1985 г.).

"Директору Всесоюзного
Ордена Трудового Красного Знамени
НИИ общей и судебной психиатрии
имени В.П.Сербского
академику Г.В.Морозову.

Прокуратурой г. Елизово привлекается к уголовной ответственности за совершение тяжкого преступления в период отбывания наказания гр. К., 1938 года рождения, уроженец г. Москвы.

Изучение личности К. показало, что он ранее 6 раз судим за различные преступления, около 12 раз проходил курс лечения в различных психиатрических больницах страны.

К. неоднократно проводились амбулаторные и стационарные психиатрические экспертизы, в том числе и в НИИ им. В.П.Сербского.

Последний раз К. был судим 26 января 1986 года Москворецким нарсудом, в приговоре указано, что обвиняемому проводилась психиатрическая экспертиза.

К. на следствии показал, что экспертиза проводилась Вашим НИИ: к сожалению, дата проведения экспертизы и номер акта неизвестны.

Прошу Вас в срочном порядке, поскольку сроки следствия уже подходят к концу, направить в наш адрес копию акта экспертизы в отношении К. по последнему делу, так как в связи с его отсутствием не может быть проведена психиатрическая экспертиза.

Старший следователь
Елизовской прокуратуры.
9 ноября 1986 года.
684019 г. Елизово Камчатской области".

Анализ болезни К., проведенный автором.

С детских лет у К. отмечались психические расстройства, свойственные гипердинамическому синдрому: двигательная расторможенность, возбудимость, грубость, доходящая до злобности с агрессивными поступками. Перечисленные нарушения усложняются в пубертатном возрасте гебоидными симптомами: побеги и бродяжничество, асоциальное поведение, проявляющееся в первую очередь воровством и хулиганством, а в последующем — присоединение злоупотребления наркотиками.

Начиная с 13 лет, К. почти непрерывно совершает правонарушения с отбыванием наказаний в местах лишения свободы. Промежутки между судимостями определяются неделями — месяцами. Такое непрерывное криминальное поведение позволяет определить личность К., начиная с пубертатного возраста, термином "криминальный гебоид".

В последующем у К. развиваются галлюцинаторно-бредовые психозы. Имеющаяся медицинская документация не позволяет с точностью определить их число. По одним сведениям (данные СПЭ Института от 1973 года), первый психоз возник примерно в 1958 году (в возрасте 20 лет). В пользу правомерности такого возраста начала психоза свидетельствует тот факт, что с этого времени подэкспертный начал злоупотреблять наркотиками, прием которых, по словам К., приводил к улучшению его психического состояния. По другим сведениям (данные Казанской специальной психиатрической больницы), психоз у К. развился в 1972 году и окончился к 1976 году, то есть продолжался 4 года. Таким образом, К. перенес либо два, либо один (1972-1976 гг.) приступ. Правомерно сделать вывод, что приступов все-таки было два. Косвенным подтверждением такого вывода является факт прекращения употребления наркотиков подэкспертным с 1966 г. Исчезновение наркомании связано не только с лечением, но и с редукцией психических расстройств. Улучшение психического состояния К. после приема наркотиков и последующее исчезновение наркомании позволяют думать о ее симптоматическом характере. Данные медицинской документации дают возможность выявить в первом приступе галлюцинаторно-бредовые расстройства. Бред имел параноидную структуру. Сенсорные нарушения определялись симптомом открытости и бредом психического воздействия ("сделали операцию, вставили в мозг датчик, узнают его мысли"). Кроме того, отмечались вербальные галлюцинации. Второй приступ имел ту же структуру. Его определяли: малосистематизированные идеи преследования, отравления, ипохондрические бредовые идеи, отдельные идеаторные психические автоматизмы (симптомы открытости и отнятия мыслей) и — так же, как и в первом приступе — вербальные галлюцинации. Особенность психозов у К. заключалась в том, что на всем их протяжении им сопутствовали психопатические гебоидные расстройства. Наличие последних свидетельствует о малой интенсивности психотических нарушений. О принадлежности заболевания подэкспертного к шизофрении свидетельствуют не только особенности продуктивных расстройств, но и упоминаемые в большом числе различных медицинских документов свойственные этой болезни негативные симптомы, в первую очередь в форме нарушения мышления (резонерство). Об эмоциональных изменениях К. свидетельствует также большое число фактов, приведенных в медицинской документации — в частности, равнодушие К. "к своей дальнейшей судьбе" (АСПЭК 4 ноября 1974 года).

После окончания обоих приступов у К. возникали ремиссии. В их структуре продолжали существовать выраженные гебоидные расстройства, возможно — биполярная циркулярность (отмеченное при АСПЭК в 1973 году состояние пониженного настроения и повышенное настроение при заключительной СПЭК в Институте 10 декабря 1985 года). Состояние повышенного настроения у К. в период проведения ему заключительной СПЭ отмечено также независимым психологом К. Выявленные психологами нарушения мыслительной деятельности (непоследовательность отдельных рассуждений, тенденция к выделению несущественных признаков предметов, а также неустойчивость мотиваций) свойственны шизофреническим ремиссиям с дефектом.

Диагноз: "Приступообразно-прогредиентная шизофрения. Особенность болезни — сохранение гебоидных расстройств в период существования психозов". При последней СПЭ у К. наблюдалось симулятивное поведение. Так как оно возникло на "патологически измененной почве", его следует расценить как метасимуляцию.

ГЛАВА V

Клинические особенности шизофрении, диагностированной у исследованных подэкспертных

Обследованные всех четырех групп имели много общего, а в ряде случаев и просто тождественного по следующим параметрам, характеризующим особенности их болезни (см. таблицы 1-7): 1) наследственное отягощение; 2) осложнение болезни употреблением алкоголя и наркотиков и сравнительно редкое развитие при этом хронического алкоголизма и наркомании; 3) частота "органических вредностей" (у подэкспертных третьей группы — 100%), их регредиентное развитие почти во всех случаях; 4) лечение у психиатров до периода первой СПЭ в Институте; 5) начало криминального поведения преимущественно в первые 20 лет жизни; 6) наличие у подавляющего большинства подэкспертных выраженного снижения социальной адаптации или полной социальной дезадаптации еще до периода проведения им первой СПЭ в Институте; 7) доля тяжких противоправных деяний среди ООД, послуживших поводом для направления в Институт на первую СПЭ; 8) возраст подэкспертных к периоду первой СПЭ в Институте — преимущественно 15-25 лет.

Перечисленные факты позволяют сделать достаточно обоснованный вывод, что подэкспертные всех четырех групп принадлежали к одной и той же нозологической форме, вне зависимости от установленного им в Институте диагноза — первоначального (подэкспертные 1-3 групп) или заключительного (подэкспертные 4 группы).

Среди исследованных подэкспертных преобладали лица, заболевшие в первые 20 лет жизни (детство, пубертатный период, юность) — почти 3/4 от общего числа обследованных (296 из 414). Более чем у 4/5 из них ранний дебют болезни оказывал влияние на особенности возникавших первоначально негативных и позитивных психических расстройств. Негативные симптомы определялись почти всегда психопатоподобными изменениями

личности. Возникали: немотивированная раздражительность, доходящая до злобы, часто сопровождавшаяся агрессивными поступками; угрюмость, грубость, своенравное упрямство, черствость, замкнутость, отгороженность — "нелюдимость". Перечисленные характерологические изменения проявлялись в первую очередь во взаимоотношениях с близкими людьми — родителями, соучениками, иногда — учителями; в ряде случаев доходило до проявления к ним неприязни или даже враждебного отношения. Одновременно возникало тяготение к определенной среде, состоящей почти исключительно из ребят с асоциальным поведением, как правило, более старших по возрасту (в актах они обычно именуются "друзьями" или "товарищами", хотя, если судить по контексту, подобные слова здесь неуместны). В общении с ними обследуемые стремились к подражанию, проявляя при этом повышенную внушаемость, резко контрастирующую с негативистически-оппозиционным отношением к прежнему окружению, особенно к одному из родителей. Психопатоподобным расстройствам предшествовало или (гораздо чаще) возникало одновременно с ними снижение прежних интересов. Сначала оно касалось школьных занятий, а в последующем — учебы в ПТУ, техникумах, овладении специальностью: "в школе учился без интереса", "потерял интерес к занятиям в школе", "специальностью овладеть не стремился" и т.д. — подобными выражениями пестрит очень большое число актов при описании первых 20-ти лет жизни подэкспертных.

Психопатоподобные расстройства определялись преимущественно шизоидными (с преобладанием сенритивного компонента), возбудимыми и истерическими изменениями личности. По отдельности они встречались редко. Преобладали смешанные (мозаичные) типы: шизоидно-возбудимые, шизоидно-истерические, истеро-возбудимые и шизоидо-истеро-возбудимые личностные изменения. В характере подэкспертных чаще всего встречался шизоидный радикал. Его диагностирование затруднялось наличием повышенной раздражительности и возбудимости, которые почти всегда первыми обращают на себя внимание. Вместе с тем, возбудимость и раздражительность являются постоянными свойствами шизоидного характера[1].

Перечисленные психопатоподобные состояния чаще всего возникали или резко усиливались в пубертатном периоде. В этом же возрасте, а также в юности к перечисленным психопатоподобным личностным особенностям часто присоединялись рас-

[1] "При этом мы должны выделить симптомы повышенной душевной раздражительности, так как этим симптомам, являющимся неотъемлемой частью шизоидов, обычно придается пока слишком мало значения". Кречмер Э. Строение тела и характер. Перевод с третьего немецкого издания. Гос. изд. Украины. 1924. С. 147.

стройства влечений: бродяжничество, употребление алкоголя или наркотиков, воровство, реже — сексуальные эксцессы. К расстройствам влечения можно отнести также наблюдавшиеся у ряда подэкспертных садистические поступки: мучение и истязание животных, агрессивное или (и) издевательски-злобное отношение к близким, принимавшее форму своего рода "бреда семейной ненависти". Перечисленные симптомы расстройства влечений можно обозначить как гебоидные. Они были выявлены почти у половины лиц с психопатоподобными расстройствами, возникшими в первые 20 лет жизни (122 из 249 подэкспертных). Нередкое совершение гебоидными личностями асоциальных, прежде всего противоправных, деяний позволяло применить к этим лицам определение "криминальные гебоиды". Правомерно считать, что чаще всего процессуальные изменения личности при раннем начале болезни принимали форму, напоминающую патологически протекающий пубертатный криз.

Психопатоподобные личностные изменения, возникающие в первые 20 лет жизни, нередко сопровождались продуктивными расстройствами. Последние могли появиться до личностного сдвига, одновременно с ним или после его возникновения.

В детстве отмечались ночные страхи, симптомы раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, деперсонализационно-дереализационные расстройства, фантазирование, в том числе и явно аутистическое. Ночные страхи могли быть беспредметными, то есть исчерпываться одним лишь аффектом. В других случаях им сопутствовали: чувство, что кто-то вот-вот войдет или уже незримо присутствует рядом (симптом "одухотворенного сознания"), иллюзорное восприятие окружающих предметов, гаптические, элементарные слуховые или зрительные галлюцинации устрашающего содержания. Ночные страхи возникали либо в форме эпизодов, либо могли существовать в течение ряда лет и появляться достаточно регулярно. В некоторых случаях они вновь появлялись на отдаленных этапах болезни при вялом ее течении или неполных ремиссиях у лиц 30-35 лет. При этом страхи обычно не являлись изолированным симптомом, а сопровождались отчетливыми галлюцинациями (например, слуховыми, тактильными) и параноидной нароенностью. Симптомы раннего детского аутизма проявлялись стереотипными играми в одиночку, страхом или оппозиционным отношением к изменению привычной обстановки (симптом "тождества"), упорной привязанностью к отдельным неодушевленным предметам или игрушкам. Гипердинамический синдром проявлялся двигательной и речевой расторможенностью: неуемной подвижностью, непоседливостью, болтовней, выкриками, сочетавшимися с невнимательностью, отвлекаемостью, рассеянностью. У ряда по-

дэкспертных одновременно наблюдались стереотипные движения конечностей или головы, стереотипные действия (например, манежный бег), импульсивные, обычно агрессивные, поступки, отчетливый негативизм — то есть в структуре гипердинамического синдрома присутствовали рудиментарные кататонические симптомы. Иногда гипердинамический синдром сопровождался повышенным настроением, которое могло сочетаться с дурашливостью. Такие аффективные расстройства могли продолжаться многие месяцы и даже годы. Деперсонализационные нарушения проявлялись чувством изменения своего "я", в некоторых случаях с ощущением его расщепления ("во мне два человека"), а дереализация — в эпизодах иллюзорного или иллюзорно-фантастического восприятия окружающего. В последнем случае можно было выявить экстатический аффект.

В пубертатном и юношеском возрасте чаще всего встречались аффективные расстройства, моно- и (или) биполярные. Преобладали состояния пониженного настроения. Гипотимический аффект "в чистой форме" встречался редко. Обычно снижение настроения сопровождалось раздражением, неудовлетворенностью, иногда злобой — то есть имело выраженный дисфорический оттенок. В других случаях при гипотимии наблюдалась вялость и нежелание что-либо делать — то есть в ней преобладал адинамический компонент. Дисфорические и адинамические субдепрессии могли попеременно существовать у одного и того же лица. В тех случаях, когда в актах описывались симптомы повышенного настроения, оно обычно сопровождалось раздражением, иногда иронией или восторженностью. Стремление к деятельности обычно отсутствовало или же наблюдалась беспорядочная деловитость. Часто было трудно оценить характер измененного настроения. Так, пониженный аффект мог не сопровождаться двигательной и речевой заторможенностью, перемежаться эпизодами, напоминающими повышенный аффект, в том числе восторженностью — то есть отмечались симптомы, наблюдающиеся при смешанных состояниях. Пониженному настроению сопутствовали в ряде случаев суицидальные попытки, в том числе неоднократные, и аутоагрессивные поступки. При них постоянно отмечалась импульсивность: они возникали "неожиданно" или "внезапно". Суицидальные и аутоагрессивные действия могли в свою очередь служить косвенным признаком измененного, прежде всего смешанного, аффекта. Другим косвенным признаком существования аффективных расстройств являлось употребление подэкспертными алкоголя или наркотиков: в актах нередко встречались указания на то, что их прием обуславливался плохим настроением. Чем подробнее излагались анамнестические сведения, тем чаще в них отмечались состояния измененного настроения и связанное с ними употребление

алкоголя или наркотиков. С их помощью подэкспертные улучшали свое настроение. О продолжительности аффективных, в первую очередь субдепрессивных, расстройств можно было судить на основании небольшого числа наблюдений. Временной диапазон аффективных нарушений колебался от часов-дней до недель и многих месяцев. В последнем случае иногда отмечались сезонные изменения настроения. По наблюдениям автора, суицидальные и аутоагрессивные поступки, в том числе неоднократные, встречались чаще у лиц с кратковременными субдепрессивными состояниями, которые в ряде случаев сопровождались страхом.

Неврозоподобные симптомы, в первую очередь навязчивости и фобии, встречались крайне редко. Несколько чаще отмечалась метафизическая интоксикация, значительно более часто — стремление к физическому и духовному совершенствованию. Эти расстройства всегда сочетались с выраженными психопатоподобными личностными изменениями.

Пóмимо циркулярности, у подэкспертных в пубертатном и юношеском возрасте встречались: дизморфофобия, кратковременные вспышки вербальных галлюцинаций, обычно в форме окликов или отдельных коротких фраз, иногда — стереотипного содержания зрительные галлюцинации, а также деперсонализационно-дереализационные и различные бредовые нарушения — последние возникали чаще всего. В большинстве случаев они определялись несистематизированными бредовыми идеями параноидной структуры (преследование, отравление, колдовство и т.д.), распространявшимися и на незнакомых лиц, но чаще — на лиц ближайшего окружения, прежде всего кровных родственников (63 наблюдения). Иногда бредовое отношение к близким принимало форму бреда чужих родителей. Много реже встречались ипохондрические, и в единичных случаях — отдельные нигилистические и экспансивные бредовые идеи. Бредовые состояния обычно существовали дни-недели, редко — более продолжительные сроки и могли возникать неоднократно. Длительное время — год и более — продолжались дизморфомания-дизморфофобия, сопровождавшиеся идеями отношения.

У 118 подэкспертных, заболевших после 20 лет, инициальные проявления болезни часто походили на те, которые наблюдались у лиц с ранним началом процесса. Это было обусловлено в первую очередь частотой психопатоподобных расстройств. Более чем у половины обследованных (61 человек) они определяли начальную картину болезни, а у 37 подэкспертных (около 1/3 наблюдений) в структуре психопатоподобных расстройств имелся выраженный гебоидный компонент. Почти всегда он возникал у лиц в возрасте от 21 до 25 лет, и начало болезни в этом случае во

многом оказывалось сходным с тем, которое наблюдалось в более раннем возрасте. Можно сделать допущение, что и здесь болезнь началась значительно раньше того возраста, на который указывали данные актов. Кроме того, психопатоподобные симптомы почти всегда присутствовали в тех случаях, когда инициальные продуктивные расстройства проявлялись паранойяльным синдромом, в первую очередь бредом притязания (реформаторства, изобретательства, супружеской неверности, сутяжничества, мессианства). Помимо паранойяльных состояний, у подэкспертных, заболевших после 20 лет, возникали транзиторные бредовые психозы. По сравнению с аналогичными состояниями, появившимся в первые 20 лет жизни, бредовое отношение распространялось на самых различных лиц, с которыми соприкасались будущие подэкспертные, и гораздо реже — на близких. Бред всегда сопровождался другими отчетливо выраженными продуктивными расстройствами: аффективными — чаще депрессивными или тревожно-депрессивными, реже гипоманиакальными или маниакальными; вербальными галлюцинациями и (или) иллюзиями; неразвернутыми идеаторными психическими автоматизмами (чувство овладения, симптом открытости, передача мыслей на расстояние, ментизм и т.д.); иногда — кататоническими симптомами в форме возбуждения. Повторные острые психозы могли возникнуть по типу "клише" или же быть более сложными. Таким образом, у лиц, заболевших после 20 лет, продуктивные расстройства всегда отличались либо отчетливой инертностью (паранойяльные состояния), либо значительно большей генерализацией, хотя и оставались в последнем случае острыми и непродолжительными.

У многих подэкспертных возникновение психозов, особенно повторных, было "придвинуто" по времени к тому периоду, когда ими были совершены противоправные деяния, повлекшие за собой их направление на СПЭ в Институт. В ряде случаев можно было предположить, что совершение ООД, в первую очередь тяжких, происходило в тот период, когда предшествующее, в целом вялое развитие болезни сменялось манифестными психическими расстройствами — то есть в период экзацербации шизофренического процесса. Косвенным подтверждением высказанного предположения является следующий факт. В первой группе подэкспертных приблизительно в половине случаев (81 человек) сразу же после ареста выявились симптомы психоза — то есть здесь отсутствовал "светлый промежуток" после совершения ООД. До совершения противоправного деяния у этих подэкспертных нередко отмечалось усложнение предшествующего вялого развития болезни психотическими расстройствами.

У остальных подэкспертных первой группы психотические симптомы возникали лишь через 1-4 месяца после совершения

ими противоправного деяния, то есть здесь между арестом и экзацербацией процесса существовал различной подолжительности "светлый промежуток". У большинства из этих обследованных к моменту совершения ими ООД отмечались преимущественно психопатоподобные расстройства.

Как следует из материалов дел, приведенных в актах СПЭ, 139 человек (1/3 подэкспертных) совершили противоправные деяния, находясь в состоянии алкогольного, и изредка — наркотического опьянения. Можно считать, что реальное число ООД, совершенных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, больше, чем вышеприведенное, так как во многих случаях в актах отсутствовали сведения на этот счет, а в анамнезе имелись указания на употребление до совершения ООД алкоголя или наркотиков. Среди подэкспертных, совершивших ООД в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, преобладали лица с психопатоподобными расстройствами, и сравнительно редко встречались те, у которых аномальные изменения характера сочетались с нерезко выраженными психотическими симптомами. Предположительно можно сказать, что для совершения ООД необходим "толчок". В одних случаях он является "внутренним", так как связан с особенностями развития самой болезни — ее экзацербацией; в других — преимущественно при наличии личностных изменений — необходим толчок "внешний", которым чаще всего является опьянение.

Как уже говорилось, главной особенностью шизофренического процесса у исследованных подэкспертных за немногими исключениями явилось преобладание на начальном его этапе вялого развития болезни, преимущественно с психопатоподобными расстройствами. Возникновение у некоторых из подэкспертных транзиторных психозов с простой структурой (с неразвернутым кратковременным бредом, с эпизодом кататонического импульсивного возбуждения, с приступом деперсонализационно-дереализационных расстройств и т.д.) не меняло этой основной тенденции. У 61 подэкспертного такой тип развития болезни сохранялся на всем протяжении их наблюдения. У остальных 353 обследованных вялое течение болезни в последующем усложнялось манифестными психозами, хроническими или в форме затяжных, значительно реже — непродолжительных (месяц-месяцы) приступов.

Длительность инициальных психопатоподобных расстройств колебалась в широком временно́м диапазоне: от 2-6 лет (при злокачественной шизофрении) до 10-20 и более лет (в остальных случаях). Если болезнь развивалась приступообразно, то психопатоподобные нарушения всегда сохранялись при наступлении ремиссий и представляли собой "сквозное" расстройство всего

"длинника" болезни. Очень часто психопатоподобные нарушения сохранялись даже тогда, когда болезнь надолго усложнялась нерезко выраженными психотическими, обычно галлюцинаторно-бредовыми, симптомами — то есть у таких лиц могли сосуществовать одновременно два или три различных регистра нарушений. Лишь возникновение выраженных, многолетних — по существу, хронических психозов было способно полностью стереть предшествующие психопатоподобные расстройства.

Среди 413 исследованных подэкспертных с заключительным диагнозом "шизофрения", установленным СПЭК Института (1-3 группы) и автором (4 группа), 232 человека относились к непрерывной, а 181 — к приступообразно-прогредиентной форме этой болезни (табл.13)[1]. При непрерывной шизофрении чаще всего наблюдались галлюцинаторно-бредовые состояния (122 подэкспертных), обычно с преобладанием бредовых расстройств. Такие же состояния доминировали и при приступообразно-прогредиентной шизофрении, также с акцентом на бредовом компоненте (166 человек). Лишь у 31 подэкспертного третьей группы, относящихся как к непрерывной, так и к приступообразно-прогредиентной шизофрении, в галлюцинаторно-бредовом синдроме преобладали сенсорные нарушения. Аффективно-бредовые расстройства были выявлены только у 15 человек с приступообразно-прогредиентной шизофренией. При вялопротекающей шизофрении доминировали психопатоподобные, реже — стертые биполярные, а также бредовые расстройства — то в форме периодически возникающей бредовой настроенности, то в форме паранойяльных состояний (61 человек). Злокачественная шизофрения определялась полиформными несистематизированными бредовыми идеями, сенсорными расстройствами (вербальные галлюцинации, психические автоматизмы), кататоническими и в ряде случаев — речевыми нарушениями (монолог, шизофазия, речевая бессвязность) — 49 человек.

Квалификация негативных расстройств, имеющаяся в заключениях СПЭК, в подавляющем большинстве случаев была однотипной, носила характер "клише" (см. главу "Причины диагностических ошибок"). В тех случаях, когда диагностировалась шизофрения, личностные изменения чаще всего описывались как близкие или даже тождественные тем, которые возникают при злокачественной шизофрении. Такая оценка была справедлива при злокачественной шизофрении и психозах в рамках непрерывного и первоначально приступообразного развития болезни, сменившегося в последующем затяжным. Между тем, существо-

[1] У одного подэкспертного третьей группы диагноз "органическое поражение ЦНС", установленный при первой СПЭ, подтвердился при катамнестическом исследовании.

вала значительная группа подэкспертных, у которых и при первой, и при повторных СПЭ, в том числе и при установлении окончательного диагноза, можно было выявить определенный тип шизофренического дефекта. Он заключался в диссоциации между степенью эмоциональных и волевых личностных изменений. В этих случаях волевые изменения были значительно более выраженными по сравнению с эмоциональными. Грубые волевые расстройства определяли поведение обследуемых как до поступления в Институт, так и в последующем, в том числе во время прохождения ими заключительной СПЭ. Диссоциированный тип эмоционально-волевых расстройств встречался тогда, когда психопатоподобные изменения личности — как при непрерывной (преимущественно вялой), так и при приступообразно-прогредиентной форме развития шизофрении — сопровождались гебоидными расстройствами и психическим инфантилизмом. Преобладание волевых расстройств над эмоциональными могло существовать все годы, пока подэкспертный находился в поле зрения судебных психиатров. У лиц с диссоциированным эмоционально-волевым дефектом всегда можно было выявить психэстетическую пропорцию, в которой аутопсихический резонанс доминировал над сниженным аллопсихическим резонансом[1]. О достаточной сохранности аутопсихического резонанса свидетельствовали в первую очередь эмоциональные реакции подэкспертных на "ущемление" их прав в отделении и на беседы с экспертами. Эти реакции определялись раздражением, грубостью, высокомерием, обидчивостью, слабодушием, резкими неприязненными или циничными замечаниями, снисходительным презрением или язвительностью. О наличии таких реакций можно было судить на основании прямых и косвенных данных, приводимых в актах СПЭК и историях болезни самими экспертами, а также на основании записей среднего медицинского персонала в дневниках наблюдения.

О выраженном изменении волевого компонента свидетельствовало поведение подэкспертных как до первой СПЭ в Институте, так и в последующем — в периоды пребывания в ИТК (постоянные, в ряде случаев непрерывные, нарушения установленного режима), на принудительном лечении в психиатрических больницах, в домашних условиях — после отбытия наказания или после выписки из стационара. Волевые расстройства проявлялись в домашних условиях в пьянстве, бродяжничестве, сексуальных эксцессах, как правило, в невозможности выполнять даже самую легкую и простую работу, но особенно отчетливо — в случаях совершения ООД: воровства, хулиганских поступков, разбойных нападений. Перечисленные противоправные

[1] Кречмер Э. Строение тела и характер. С. 149-151.

деяния нередко следовали у таких лиц одно за другим, своего рода "сериями". В первую очередь это относится к кражам.

Особенность шизофренического процесса у исследованных подэкспертных заключалась в том, что у значительного числа лиц он сопровождался экзогенно-органическими вредностями (употребление алкоголя, наркотиков, черепно-мозговые травмы и др.), существовавшими то изолированно, то в сочетании друг с другом. Во всех случаях процесс осложнялся воздействием психической травмы (арест, следствие, суд, пребывание в ИТК).

Среди 414 подэкспертных алкоголь употребляли 205 человек, наркотики — 62 человека, то есть токсикоманические средства употребляли 267 человек (2/3 обследованных). Среди них более половины (171 человек) начали употреблять алкоголь и наркотики в подростково-юношеском возрасте.

Различные органические вредности были выявлены у 257 человек, то есть более чем у половины обследованных. У 4/5 (203 человека) воздействие "органической вредности" отмечено в первые 20 лет жизни.

Таким образом, большое число проанализированных случаев относится к "осложненной", или "микст-шизофрении".

Употребление алкоголя и наркотиков на этапе вялого течения процесса, в основном до развития собственно токсикомании и вне состояний опьянения, сочеталось в немногих случаях с развитием транзиторных психозов, повлекших за собой стационирование в общие психиатрические больницы. Возникавшие психозы определялись страхом, несистематизированным параноидным бредом, вербальными и в единичных случаях — отдельными зрительными галлюцинациями. В медицинской документации, приводимой в актах, имелись указания на то, что после окончания психоза у будущих подэкспертных отмечалась злобность и недоступность при расспросах о бывших у них психических расстройствах, а также отсутствие к ним критического отношения. Наиболее вероятным является предположение о провокации алкоголем или наркотиками процессуальных психотических расстройств. Есть косвенное доказательство сделанному предположению: в последующем, при развитии хронического алкоголизма и наркомании, ни у одного подэкспертного не возник экзогенный тип реакции.

Последствия употребления алкоголя и наркотиков имели сходные тенденции развития. Несмотря на то, что в подавляющем числе наблюдений прием токсикоманических средств начинался в первые 20 лет жизни, то есть в период, когда хронический алкоголизм и наркомания развиваются при обычных условиях и быстрее, и чаще, чем в последующие годы, у исследованных подэкспертных они возникли лишь в 1/6 части случаев. Обращает на себя внимание нередкое спонтанное прекращение

употребления алкоголя и особенно — наркотиков, а также частая незавершенность в развитии алкоголизма, доходящего лишь до стадии “склонности к злоупотреблению алкоголем”. Подобные “незавершенные” случаи развития алкоголизма часто наблюдаются при шизофрении (Шумаков В.М., 1970; Беляев Б.С., 1977).

Влияние “органической вредности” на шизофренический процесс зависело от этапа развития болезни. В период вялого течения у подэкспертных возникала или значительно усиливалась уже бывшая ранее возбудимость. В других случаях могли впервые появиться или усилиться существовавшие до этого позитивные симптомы: в первую очередь циркулярность, реже — эпизоды бредовых расстройств, в единичных случаях — явления метафизической интоксикации. В период развития психозов “органическая вредность” могла отразиться на их структуре. Так, у подэкспертных третьей группы, у которых встречались наиболее интенсивные “органические вредности”, как при непрерывной, так и при приступообразно-прогредиентной шизофрении галлюцинаторно-бредовой синдром в 31 случае определялся преимущественно сенсорными расстройствами, то есть “органическая вредность” часто оказывалась патопластическим фактором.

Приведенные данные как будто свидетельствуют о большем влиянии на шизофренический процесс у исследованных подэкспертных “органических вредностей”, чем употребления алкоголя и наркотиков.

Последствия органических вредностей имели также одну общую тенденцию — преимущественно регредиентное развитие и отсутствие психозов с экзогенной симптоматикой. Лишь в одном наблюдении, относящемся к третьей группе, у подэкспертного с перенесенной ранее черепно-мозговой травмой в отдаленном ее периоде возник шизофреноподобный психоз, сочетавшийся с редкими большими судорожными припадками и изменениями личности по “шизофреническому типу”.

Особое место среди дополнительных вредностей занимала психическая травма. При анализе первой группы подэкспертных было не только выявлено влияние психической травмы на клинические особенности возникавших после нее психозов, но и высказано предположение, что психическая травма способна провоцировать развитие шизофренического процесса — в частности, вызывать приступы этой болезни. Психогенная провокация приступов шизофрении допускалась автором при анализе наблюдений, относящихся к первой группе, только в тех случаях, когда в анамнезе подэкспертных отсутствовали указания на бывшие ранее явные психотические расстройства, а сама болезнь развивалась вяло. Эта точка зрения на возможность психической провокации первого приступа шизофрении основывалась на

описанных в общей психиатрии фактах существования психически провоцированных эндогенных психозов. Изучение катамнеза заболевания в остальных трех группах обследованных позволило сделать предположение, что психическая травма может провоцировать не только первый, но и повторные приступы шизофрении. Такие приступы возникали в условиях ИТК, а также при повторных СПЭ, проводившихся в связи с повторными правонарушениями. Эти, предположительно провоцированные, психотические состояния определялись следующими особенностями: 1) их клинические проявления почти всегда принимали форму бредовых или галлюцинаторно-бредовых состояний, в части случаев — с психогенной патопластикой продуктивных расстройств; 2) при каждом последующем приступе позитивные симптомы, возникавшие у одного и того же лица, отличались однотипностью (тип "клише"); 3) повторные психозы всегда были менее продолжительными, чем первоначальные, и достаточно быстро редуцировались в условиях принудительного лечения в психиатрических больницах.

В медицинских учреждениях пенитенциарной системы и отчасти — при повторных СПЭ в Институте такие психозы расценивались как реактивные, декомпенсация психопатий или же как проявления установочно-симулятивного поведения. В пользу того, что подобные состояния, возникавшие в условиях повторной психотравмирующий ситуации, могли представлять собой обострения шизофренического процесса, свидетельствуют следующие факты: продуктивные симптомы относились к кругу эндогенных расстройств; они сопровождались изменениями личности по "шизофреническому типу"; редукция психотических симптомов часто влекла за собой появление отчетливой циркулярности, то есть оставались позитивные симптомы более легкого регистра, которые в прошлом отмечались при вялом течении болезни.

Среди дополнительных вредностей, воздействующих на развитие болезни у изученных подэкспертных, психическая травма имеет, пожалуй, наибольшее значение. Она не только видоизменяет клиническую картину болезни, но, возможно, и создает предпосылки для возникновения "нажитой" реактивной лабильности. На этом фоне у подэкспертных нередко развиваются шизофренические психозы, которые правомерно отнести к "эндореактивной шизофрении".

Однако наряду с экзогенными факторами не меньшую, а, пожалуй, бóльшую роль в возникновении различных продуктивных расстройств, в первую очередб, психозов, у подавляющей части подэкспертных играл фактор конституциональный — наличие у них изначально существовавших или рано приобретенных выраженных аномальных (психопатических или психопатоподобных)

черт характера. Взаимодействие этих двух причин и влекло за собой постоянное развитие на этапе вялого течения болезни различных по глубине позитивных расстройств.

В первой и третьей группах подэкспертных сотрудники Института первоначально отдавали предпочтение экзогенному фактору, а конституциональный (вторая группа) расценивали только как врожденный, не измененный уже возникшей болезнью. Лишь позже они убеждались в первенстве эндогенногопроцессуального фактора. В четвертой группе первоначально верно диагностированный эндогенный процесс и сопотствующие ему личностные изменения в последующем расценивались только как врожденные, а не приобретенные аномальные характерологические черты; то же самое происходило при диагностике остаточных явлений органических заболеваний ЦНС и других редких психических нарушений. Наличие при них шизофренического дефекта личности по разным причинам в расчет не принималось.

ГЛАВА VI

Причины диагностических ошибок

Изменения диагностических заключений СПЭК Института, согласно данным, полученным самими сотрудниками Института, производились прежде всего в тех случаях, когда первоначально вместо шизофрении диагностировались психопатии и реактивные состояния (Г.В.Морозов, 1960). Среди научных работ, принадлежащих сотрудникам Института, исследований, в которых проводился бы клинический анализ причин допущенных ошибок диагностики шизофрении при проведении СПЭ, обнаружено не было. Однако сотрудники Института провели ряд клинических исследований ошибок, допущенных СПЭ периферии при диагностике этой болезни, и проанализировали их причины. Полученные ими результаты заслуживают того, чтобы предпослать их анализу диагностических ошибок СПЭК самого Института, а затем провести их сопоставление[1]. “Диагностические ошибки при СПЭ имеют особенное медико-социальное значение, так как влекут за собой существенные юридические последствия — выводы о вменяемости и невменяемости, а также могут сказаться на выборе мер медицинского характера. От качества экспертно-диагностического заключения при СПЭ во многом зависит результативность профилактики повторных ООД психически больных” (Т.П.Печерникова и соавт., 1989). До последнего времени число работ, посвященных анализу диагностических ошибок в судебно-психиатрической практике, было невелико. Все они принадлежат сотрудникам ВНИИ Общей и судебной психиатрии имени В.П.Сербского, проводивших разбор ошибочных диагностических заключений по материалам СПЭ периферии.

Результаты проведенных исследований показали отсутствие у сотрудников Института единого мнения по вопросу о динамике ошибочных диагностических заключений первичных СПЭ: уве-

[1] Чтобы избежать субъективизма при изложении фактов, автор обратился к психиатру А., проработавшему в Институте значительный период времени. Письменные ответы А. на заданные ему вопросы приведены в тексте данной главы без каких-либо изменений их формы и содержания.

личивается ли со временем их численность или, напротив, уменьшается. "В последние десятилетия в известной мере увеличивается число диагностических расхождений с последующим пересмотром экспертного заключения. Процент диагностических расхождений за последние 6 лет (1981-1986 гг.) достаточно отчетливо увеличивается, но в 1987 г. отмечено снижение диагностических расхождений" (Т.П.Печерникова и соавт., 1989).

В другой работе, в противоположность сказанному, утверждается, что результаты исследований сотрудников Института позволили сделать иные выводы. К началу 80-х гг. "стала наблюдаться тенденция к возрастанию доли диагнозов, подтвержденных при повторной экспертизе (в Институте)" (И.Н.Боброва и соавт., 1989). Однако в тексте того же исследования приводится факт, свидетельствующий о недостаточной правомерности сделанного вывода. Авторы пишут: "При сопоставлении анализов актов повторной СПЭ Института за 1970 и 1987 гг. выявлено, что в 1987 г. указанные (психопатоподобные) расстройства играли роль в вынесении ошибочных диагностических и экспертных заключений значительно чаще". Одновременно отмечается увеличение среди подэкспертных числа лиц с психопатоподобными расстройствами. Последнее наблюдение разделяется в настоящее время большинством сотрудников Института. Косвенным доказательством отсутствия тенденции к снижению числа диагностических ошибок при первичных СПЭ может служить и тот факт, что "причины расхождений в решениях первичной и повторной судебно-психиатрических экспертиз в течение многих лет носят стабильный характер" (И.Н.Боброва и соавт., 1980).

Сотрудники Института единодушны в следующем мнении: первое место по частоте экспертных ошибок принадлежит диагностике шизофрении. Одновременно во всех соответствующих исследованиях подчеркивается факт ее гиподиагностики первичными СПЭК. "При сопоставлении данных повторных экспертиз, проведенных в Институте за 1970-1972 гг., с данными аналогичных исследований в 1957, 1961, 1962 и 1971 гг. обращает на себя внимание то обстоятельство, что на протяжении всех этих лет наиболее актуальным остается вопрос гиподиагностики шизофрении первичными комиссиями" (Т.П.Печерникова и соавт., 1974). Подобные высказывания легко умножить. "После первичных СПЭК сотрудники Института в большем количестве случаев устанавливали диагноз шизофрении и гораздо реже отвергали его. Соотношение вновь установленного диагноза шизофрении к отвергаемым составляло 4:1, а диагностические расхождения в связи с распознаванием шизофрении составили 65,1%" (Я.Л.Ландау, 1966). Этот процент, по данным Л.Р.Лунца и соавт. (1961 г.), равнялся 62%.

11 Зак. 500

По мнению сотрудников Института, чаще всего при первичной экспертизе вместо шизофрении диагностируется психопатия. Второе и третье места по частоте ошибочных диагозов занимают реактивные состояния и органические заболевания головного мозга с психопатоподобными расстройствами. Большой процент расхождений в случаях шизофрении наблюдается при диагностике первичными СПЭК симуляции (И.Н.Боброва, 1968) и при диагнозе "глубокая психопатия" (Т.П.Печерникова, 1976).

Некоторые сотрудники Института перечисляют ряд особенностей своевременно не распознанной шизофрении. "Это были вялотекущие формы с достаточно широким полиморфизмом — неврозоподобные, ипохондрические, психопатические, параноияльные, галлюцинаторно-параноидные расстройства" (И.Н.Боброва, 1983). Т.П.Печерникова (1976) подчеркивает частоту вялопротекающей шизофрении с психопатоподобными нарушениями. По данным Ф.В.Кондратьева (1976), среди подэкспертных с не распознанной первичными СПЭК шизофренией преобладали лица с непрерывно текущим процессом (вялотекущая параноидная, параноидная со злокачественным течением, вялотекущая простая и ядерная), составившие 54% всех обследованных автором лиц. Второе место занимали подэкспертные с приступообразно-прогредиентным процессом — 39%.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что среди нераспознанных случаев шизофрении 93% принадлежало среднетяжелым и частично — тяжелым формам этой болезни. Сотрудниками Института отмечено, что в случаях не распознанной первичными СПЭК шизофрении длительность процесса составляла 10-20 лет, заболевание, как правило, начиналось в детском и юношеском возрасте, 2/3 больных состояли на учете в психиатрических учреждениях с диагнозом "шизофрения" и лечились в психиатрических больницах. У этих больных существовали выраженные продуктивные и негативные психические расстройства (И.Н.Боброва и соавт., 1980). Катамнестическое обследование лиц со своевременно не распознанной шизофренией показало, что у части из них болезнь началась задолго до того, как ими было совершено ООД, повлекшее за собой направление на первичную СПЭ (М.С.Доброгаева, 1975).

В исследованиях сотрудников Института приводятся причины ошибочной дианостики шизофрении первичными СПЭК. Первое место занимает низкое качество собранных экспертами анамнестических сведений. У подэкспертных часто отсутствовали или отличались неполнотой данные, относящиеся к наследственному отягощению, преморбидным особенностям, психопатологическим расстройствам детского-юношеского периодов — в частности, просматривались возникавшие в эти годы кратковременные психозы. Во многих случаях полученные анамнестиче-

ские сведения неправильно оценивались и интерпретировались или просто игнорировались. Например, упорядоченное поведение подэкспертных в период экспертизы и до нее, продолжение, несмотря на бывшие в прошлом выраженные психические расстройства, прежней профессиональной деятельности, выполнение привычных бытовых обязанностей, по мнению многих экспертов первичных СПЭК, свидетельствовали против диагноза шизофрении, даже если при этом существовали "актуальные психотические переживания" (Ф.В.Кондратьев, 1976; И.Н.Боброва и соавт., 1983).

Среди экспертов первичных СПЭК достаточно широко распространено мнение, что асоциальные формы поведения, судимости, корыстные цели при совершени ООД, их "продуманный характер" свойственны лицам с самыми различными психическими болезнями, но только не тем, кто страдает шизофренией. Распознаванию шизофрении всегда мешает наличие в прошлом "криминального поведения" (Т.П.Печерникова и соавт., 1989). Многолетний криминальный анамнез "гипнотизирует экспертов" (И.Н.Боброва и соавт., 1983). Его существование для экспертов первичных СПЭ почти всегда является аргументом против диагноза шизофрении. Часто эксперты первичных СПЭ недоучитывают или просто игнорируют имеющиеся в их распоряжении данные медицинской документации. Например, существует значительное число больных шизофренией, которым при обострениях болезни в общих психиатрических больницах обоснованно ставится этот диагноз. В последующем, при совершении этими лицами ООД, диагноз шизофрении отвергается первичными СПЭ на том основании, что в анамнезе привлеченных к уголовной ответственности больных наблюдались экзогенные вредности (черепно-мозговая травма или иная органическая патология, психогении, алкоголизм и т.д.). По мнению экспертов первичных СПЭ, именно эти дополнительные вредности и определяли бывшие в прошлом психические расстройства, ими же обосновывался и нозологический диагноз подэкспертных во время проведения им судебно-психиатрической экспертизы. Вместе с тем, анализ таких психических нарушений, описываемых психиатрами первичных СПЭ кратко и в самых общих чертах, "не оставлял сомнения в их шизофренической природе" (Т.П.Печерникова и соавт., 1974). Во многих случаях своевременно не распознанной шизофрении решающее значение при установлении ошибочного диагноза первичными СПЭК приобретают психические расстройства, существующие на момент экспертизы, а весь анамнез игнорируется. "Создается впечатление, что решающую роль играл статус больных" (И.Н.Боброва и соавт., 1983).

Ошибочная диагностика при шизофрении часто зависела от того, что больные во время следствия и суда "активно" защищались, имели "выраженную установку" быть признанными невменяемыми, в то время как существующие у них позитивные психические расстройства были выражены слабо. Во многих случаях своевременному установлению диагноза шизофрении первичными СПЭ препятствовал тот факт, что у подэкспертных в период экспертизы наряду с явными симптомами психоза — например, в форме парафренного синдрома — существовало психопатическое или трудно отличимое от него поведение. У этих лиц психическое состояние нередко расценивалось как симулятивное: "Число диагностических ошибок такого рода оказалось весьма значительным — более 1/3 всех больных с имевшимся первоначально диагнозом психопатии" (Ф.В.Кондратьев, 1976).

Одной из главных причин первоначального нераспознавания шизофрении являлось недостаточное изучение динамики болезни (И.Н.Боброва и соавт., 1980), а также недоучет или игнорирование ее патоморфоза (Т.П.Печерникова и соавт., 1989).

И.Н.Боброва и соавт. (1989) полагают, что для совершенствования диагностики в судебно-психиатрической практике одного клинико-описательного анализа допускаемых ошибок недостаточно. Его следует дополнить "логико-методологическим анализом". Подобная точка зрения, как отмечено авторами, существует и в других клинических дисциплинах — в частности, в терапии. Причины диагностических ошибок были разделены авторами на объективные и субъективные и рассматриваются ими "в диалектической связи", без выделения условий ошибок. К объективным причинам диагностических ошибок авторы относят: 1) атипичность клинической картины, латентное течение болезни; 2) патоморфоз психопатологических форм — в частности, увеличение числа психопатоподобных состояний; 3) отсутствие динамического наблюдения за больными; 4) сокрытие больным факта болезни; 5) симулятивное поведение после привлечения к уголовной ответственности; 6) тяжелое психическое состояние — например, ступор — при неполных анамнестических сведениях; 7) различная квалификация психических расстройств в анамнезе, противоречивость некоторых анамнестических сведений; 8) кратковременные психотические состояния, которые трудно или невозможно оценить.

Однако объективные причины, считают авторы со ссылкой на И.Н.Бенедиктова и М.С.Роговина, создают лишь возможности для совершения ошибок — а реализуются они в деятельности субъекта, то есть врача. Поэтому решающее значение, как правило, принадлежит причинам, которые авторы условно называют "субъективными". К ним относятся: 1) "неверное заключение о причинно-следственной связи патологических феноменов при

наличии факта временной последовательности", например, "нозологическая квалификация психического состояния, возникшего в стрессовой ситуации"; 2) переоценка метода аналогий; 3) "в ряде случаев при установлении дианоза вероятный вывод подменяется достоверным". Диагностические ошибки, пишут авторы, являются обычно следствием сочетания нескольких объективных и субъективных причин, выступающих в многообразных связях. Системный подход "выявляет наиболее типичные причины и логические "истоки" ошибочных диагнозов".

Библиография.

1. Боброва И.Н. Анализ повторных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в Институте имени профессора В.П.Сербского в 1964 году // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных работ. Вып. 13. М., 1968. С. 104.

2. Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Шибанова Н.И. Анализ диагностических расхождений по данным повторных экспертиз // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1980. С. 148.

3. Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Герасимова С.М. Анализ экспертных и диагностических расхождений по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). М., 1983. С. 29.

4. Боброва И.Н., Агаларзаде А.З., Осколкова С.Н. Экспертно-диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных трудов. М., 1989. С. 59.

5. Доброгаева М.С. О диагностических расхождениях по данным катамнестического исследования лиц, признанных вменяемыми // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных работ. Вып. 25. М., 1975. С. 31.

6. Калашник Я.М. Особенности повторной судебно-психиатрической экспертизы // Проблемы судебной психиатрии. Сб. VII. М., 1957. С. 56.

7. Кондратьев Ф.В. Анализ случаев ошибочной диагностики у больных шизофренией // Судебно-психиатрическая экспертиза. Сборник научных работ. Вып. 26. М., 1976. С. 9.

8. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Боброва И.Н. Анализ повторных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в Институте за 1970-72 гг. // Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974. С. 18.

9. Печерникова Т.П. Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике Института имени В.П.Сербского // Судебно-психиатрическая экспертиза. Сборник научных работ. Вып. 26. М., 1976. С. 3.

10. Печерникова Т.П., Наталевич Э.С., Посохова В.И., Герасимова С.М., Парунцева И.А. Динамика клинико-диагностических заключений судебно-психиатрической экспертизы // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных трудов. М., 1989. С. 59.



"Судебная психиатрия неотделима от общей психиатрии"[1]. Поэтому совершено закономерно, что и в ней "основным методом обследования психически больных остается клинический с четким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого"[2]. Сказанное означает, что в судебной психиатрии методология исследования подэкспертных должна проводиться с соблюдением тех же условий, что и в общей психиатрии.

Важнейшей составной частью иследования психически больных является сбор анамнестических сведений. В психиатрии анамнез — один из главных источников установления верного диагноза. Поэтому он постоянно дополняется и расширяется за счет уточнения уже существующих и появления новых его разделов. В психиатрическом анамнезе все большее внимание уделяется "почве", на которой развивается болезнь — врожденной или нажитой, "критическим" возрастным периодам, генеалогии, терапии, вопросам реабилитации и т.д. Некоторые из перечисленных разделов психиатры начинают обозначать термином "анамнез" — терапевтический, генеалогический анамнезы и т.д. В соматической медицине анамнез собирается лишь со слов самого больного (субъективный анамнез). В психиатрии существует еще и объективный анамнез, который сообщают врачу лица, хорошо знающие прошлое и настоящее больного. "В целом ряде случаев объективный анамнез является решающим для установления того или иного клинического диагноза"[3].

Что дает психиатру анамнез, собранный со слов больного? В очень большом числе случаев он позволяет раскрыть внутреннюю картину болезни, то есть выявить те субъективные патологические явления, о которых знает только сам больной и о которых окружающие его лица могут даже не подозревать.

Объективный анамнез позволяет выявить присущие больному личностные особенности, их видоизменение за период болезни,

[1] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. М., 1988. С. 5.
[2] Там же. С. 8.
[3] Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. М., изд. М. и С.Сабашниковых, 1924. С. 10.

и тем самым выяснить ту сторону психического состояния больного человека, имеющую первостепенное значение при установлении психиатрического диагноза, собственные суждения о которой в той или иной мере у самого больного всегда субъективны: "Психические болезни суть болезни личности" (H. Schule, 1881). Кроме того, объективный анамнез дает возможность врачу выявить особенности поведения больного и увидеть за банальными словами обывателя, — например, такими: "Странностей в его поведении не замечали" и т.д., — различные клинические факты, а за отдельными высказываниями — подтверждение того, что выявленные при сборе субъективного анамнеза сведения соответствуют действительности. В ряде случаев объективный анамнез позволяет установить, что сведения, сообщаемые больным о своем прошлом, отражают лишь его настоящее психическое состояние, или обнаружить диссимуляцию тех расстройств, которые существовали ранее и имеются в период обследования. Сопоставление субъективного и объективного анамнезов позволяет выявить случаи, когда преднамеренно утаивается или просто искажается факт существования тех или иных нарушений.

Сбор анамнеза и клинических фактов, необходимых для написания психического статуса — основных разделов, составляющих историю болезни психически больного — осуществляется с помощью расспроса — главного метода исследования в психиатрии.

Особенности судебной психиатрии, в частности, ее связь с правоохранительными учреждениями, требуют от ее представителей таких знаний о лицах, проходящих СПЭ, которые в общей психиатрии не нужны. Источником этих знаний для судебных психиатров являются материалы дела. Их значение при решении диагностических и, как следствие, экспертных вопросов во многих случаях трудно переоценить. Примером являются исключительные состояния. Для их диагностики материалы дела имеют важное, часто первостепенное значение. Да и для клинической оценки самых различных психопатологических нарушений и диагностики собственно психических болезней материалы дела нередко являются источником важных фактов. Так же, как и в общей психиатрии, судебные психиатры при обследовании подэкспертных используют данные медицинской документации, в том числе и данные психиатрических учреждений, к которым ранее имели отношение лица, проходящие СПЭ.

Поэтому, согласно существующему регламенту, клиническая часть акта начинается так: "Со слов испытуемого, его родственников (матери, отца, сестры, брата и т.д.), из материалов уголовного дела и медицинской документации известно следующее". Перечисленные источники могут меняться местами, часть из них

по той или иной причине может отсутствовать, — но данные материалов дела в акте приводятся всегда.

Какое же место занимает в акте каждая из его составных частей? Для сотрудников Института "... материалы дела являются основным документом, который используют эксперты, изучая жизнь и поведение обследуемого"[1]. Изучение актов исследованных подэкспертных показало, что из материалов дела, вносимых экспертами в этот документ, первое место занимает описание поведения обследуемого в период совершения им противоправного деяния и в ближайший к нему отрезок времени. В материалах дела, характеризующих "жизнь обследуемого" со слов его близких и прочих лиц, особенности поведения также занимают первое место. Сведения о "круге интересов" подэкспертного, свойственых ему "ценностных ориентациях", характерологических свойствах и особенно — о бывших у него ранее психических нарушениях всегда отступают на задний план — или же часть из них, а то и все они просто отсутствуют.

А.: "В материалах уголовного дела сведения о психических расстройствах обычно были редкими, исключение — явные признаки "сумасшествия". Но в некоторых (редких) случаях в следственных материалах имелись такие сведения, по которым опытный эксперт уже при предварительной работе мог судить о личностных сдвигах, характерологических изменениях и т.п. явлениях. К сожалению, таким данным мало придавалось значения, невзирая на то, что не случайно же следователь направляет человека на с/п экспертизу".

Первостепенное значение, уделяемое в анамнестических сведениях поведению подэкспертных, не случайно. Сотрудники Института придают ему важное, а нередко и главное значение при решении диагностических и экспертных вопросов. "Важное значение материалов уголовного дела для судебно-психиатрического заключения о психическом состоянии лица, совершившего *преступление* (sic! — Н. Ш.), не вызывает сомнений. Чем полнее изложены свидетельские показания о поведении обвиняемых в быту, на работе, в момент совершения *преступления* (sic! — Н. Ш.), тем легче экспертам поставить правильный диагноз"[2].

В связи с тем значением, которое сотрудники Института придают при обследовании подэкспертных особенностям их поведения, уместно вспомнить слова K. Jaspers'a (1923): "Как у окружающих наблюдателей наибольший интерес вызывает содержа-

[1] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 17.
[2] Холодковская Е.М., Коканбаева Р.Ф. Значение материалов уголовного дела для судебно-психиатрического заключения // Социалистическая законность, N 3, 1983. С. 49.

ние действий больного, так и научная психиатрия исходила сначала из того же принципа". Этот принцип, имеющий в клинической психиатрии сегодняшнего дня подчиненное значение, является для сотрудников Института одним из основных.

Возможно, по этой причине ряд председателей СПЭК Института — обычно из числа тех, кто имеет наибольший стаж работы в экспертизе — во время комиссий читают материалы дела, а не слушают эксперта-докладчика: по окончании чтения истории болезни они начинают задавать вопросы, ответы на которые частично содержались в только что прочитанном документе. Сотрудникам Института это хорошо известно. Такой подход к клиническим фактам имеет совершенно определенные последствия.

А: "При диагностике в первую очередь большое значение придавалось тем материалам уголовного дела, которые соответствовали субъективному представлению эксперта, возникающему из сплава данных уголовного дела и, нередко искаженного, представления о психопатологическом состоянии подэкспертного".

Как же относятся сотрудники Института к другим источникам анамнестических сведений? "В экспертной практике *так называемый* (sic! — Н. Ш.) объективный анамнез со слов родственников бывает излишне "субъективным", так как родственники могут неточно описывать отдельные события жизни обследуемого, сознательно или без умысла "психологизируя" анамнез"[1]. Эта обтекаемая фраза тем не менее достаточно ясно свидетельствует о том, что, по мнению авторов цитированного руководства, при сообщении анамнестических сведений родственники подэкспертного способны пойти на преднамеренный или неосознанный обман и что к сообщаемым ими сведениям следует относиться с осторожностью, сомнением, а, возможно, и с недоверием.

Подобное отношение к сведениям со слов родственников обосновано практикой судебной психиатрии. Точных сведений о частоте сообщения недостоверных фактов родственниками подэкспертных нет. Среди 414 исследованных автором подэкспертных лишь у одного (наблюдение N 20) сведения, которые сообщили родственники об одном из периодов его жизни, оказались ложными.

Достоверность объективных анамнестических сведений зависит не только от тех, кто их сообщает, но и от тех, кто их собирает. Прямые указания на то, что эксперт лично собирал объективный анамнез, встречались в актах и историях болезней обсле-

[1] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 7.

дованных подэкспертных очень редко. Данное обстоятельство могло быть связано с имеющимися в Институте установками[1].

Поэтому при чтении фразы, с которой начинается клиническая часть акта: "Со слов испытуемого, его родственников" и т.д., — следует помнить, что, в связи с существующей в судебной психиатрии и, в частности, в самом Институте регламентацией, сведения, относящиеся к объективному анамнезу, почти всегда заимствуются из материалов дела — то есть эта часть клинических фактов собирается лицом, лишенным в данном вопросе необходимых профессиональных знаний[2].

"Эксперт-психиатр может в консультативном порядке сообщить следователю, какие стороны психического состояния подэкспертного следует дополнительно выяснить и у кого из родственников, сослуживцев и т.п. Иногда экспертам приходится формулировать вопросы, которые следователь должен задать свидетелю для уточнения состояния обвиняемого"[3]. Непрофессионал не может дать правильного ответа на вопрос, в котором затрагиваются неизвестные ему факты. Так, утвердительный ответ следователя, что подэкспертный опохмелялся, еще не свидетельствует о действительном существовании похмельного синдрома: то, как расценивается опохмеление в обыденной жизни, и то, как это расстройство понимают психиатры, чаще всего не совпадает. Вряд ли у следователя возникнет желание просить психиатра-эксперта уточнить в период проведения СПЭ те или иные факты, относящиеся к совершенному обследуемым правонарушению, а затем представить полученные таким образом сведения с указанием их источника на рассмотрение суда.

Итак, первой отличительной чертой психиатрического анамнеза исследованных подэкспертных являлся тот факт, что сведения, относящиеся к объективному анамнезу, обычно собирались

---

[1] На вопрос, почему сотрудники Института редко сами собирают объективный анамнез, обычно следовали такие ответы: "У нас этого не любят", — иногда с разъяснениями: "нужно обращаться к следователю, а это затягивает срок экспертизы"; "нас могут обвинить во взяточничестве"; "где их возьмешь, этих родственников, а просить их приехать мы не имеем права". По поводу последнего соображения можно сказать следующее. Примерно половина исследованных подэкспертных проживала в Москве и Московской области. Их родственники постоянно приходили в Институт — в частности, приносили обследуемым передачи. То же самое относилось и к родственникам части подэкспертных, проживавших в самых различных областях Советского Союза. Сведения о тех, кто приходит к подэкспертным с передачей, фиксируются в историях болезни.

[2] Сведения о психическом состоянии подэкспертных до, во время или после совершения ими ООД, приводимые в материалах уголовного дела со слов очевидцев, часто оказываются неполными. Поэтому СПЭК Института бывают не в состоянии вынести обоснованного заключения о вменяемости-невменяемости подэкспертных. В таких случаях их обычно вновь направляют в СИЗО, а сами уголовные дела — на доследование. С начала 90-х гг. число подобных случаев (даже тогда, когда речь идет о совершении тяжких ООД) неуклонно растет.

[3] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 16-17.

непрофессионалом, а основное место в них уделялось особенностям поведения подэкспертных, в первую очередь в период событий, связанных с совершенными правонарушениями.

О том, ка́к могли расценивать сотрудники Института сведения, которые им сообщали о своем прошлом и настоящем психическом состоянии обследуемые, можно было судить на основании косвенных и прямых указаний, содержащихся в актах и историях болезни. В актах косвенные указания встречались при описании анамнестических сведений и в психических статусах, прямые — при описании последних. В тех случаях, когда подэкспертные признавались вменяемыми или же вопрос о вменяемости решен не был, в анамнезах и психических статусах перед описанием какого-либо психопатологического симптома достаточно часто вставлялись слова "якобы" и "будто бы": "якобы слышал голоса; "якобы из электрической лампочки на него действуют лучами"; "заявляет, будто бы жена давно ему изменяет", — и т.д.[1]. Так же часто эти два слова употреблялись и при описании психических растройств со слов родственников, которое вводилось в акт экспертизы из материалов уголовного дела. Вместе с тем, слова "якобы" и "будто бы" никогда не употреблялись сотрудниками Института при описании совершенного правонарушения: подобные факты всегда являлись, по их мнению, непреложными. Эти слова исчезали из акта или число их сокращалось в тех случаях, когда исследуемые подэкспертные в конце концов или изначально признавались невменяемыми. Нередко в таких случаях при употреблении этих двух слов менялся их смысл. Они выражали не столько сомнение или недоверие, сколько стремление показать, что у подэкспертного нарушены критические способности — например, к собственному психическому состоянию: "заявляет, что он якобы здоров"; "утверждает, что он якобы святой человек", — и т.д. Прямые указания на недоверие к словам обследуемых, как уже говорилось, встречались при описании их психического состояния: "уловив недоверчивое отношение собеседника к тому, что он говорит, замолкает и стремится уйти из кабинета"; "когда замечает, что ему не верят, становится напряженным, злобным, краснеет, начинает спорить с врачом, перестает отвечать на вопросы"; "заметив, что собеседник перестает обращать внимание на его заявления, переключается на другую тему".

А.: "По моим наблюдениям, сотрудники Института довольно часто относились с недоверием к фактам, сообщаемым подэкс-

---

[1] "Якобы — частица. Употребляется перед словом для выражения сомнительности. "Прочитал эту, якобы интересную книгу". "Будто бы — союз. Что (с оттенком недоверия к высказываемому)" // Ожегов С. И. Словарь русского языка. Изд. двенадцатое. М., 1978 С. 59, 841.

пертными, особенно если сведения сообщались с элементами демонстративности или когда испытуемые прибегали к способам защитно-реактивного поведения".

Таким образом, второй отличительной чертой анамнестических сведений (субъективных и объективных) во многих случаях являлось сомнение и (или) недоверие сотрудников Института к тем данным, которые касались бывших ранее у подэкспертных психических расстройств. Сомнение и недоверие существовало и по отношению к тем психическим нарушениям, на которые обследуемые жаловались в период прохождения ими в Институте судебно-психиатрической экспертизы.

Половина исследованных подэкспертных (213 человек) до периода первой СПЭ в Институте лечились или находились на обследовании в различных психиатрических учреждениях, преимущественно в больницах. Из медицинской документации этих учреждений, имевшейся в распоряжении сотрудников Института, в акт часто вносился только диагноз установленного ранее психического заболевания или иного психического расстройства: "психопатия", "неврастения", "реактивное состояние" и т.д. Описания существовавшего психоза или пограничных психических расстройств приводились в актах в сжатой, нередко в отрывочной, форме. Более подробно описывалось поведение, особенно если оно носило психопатический характер. Если в прошлом у подэкспертных диагностировалась шизофрения — самое частое психическое заболевание (на 101 психоз шизофрения была диагностирована в 71 случае) — в актах СПЭ этот диагноз опровергался очень редко и обычно "формально": с помощью одной-двух, обычно стереотипных, фраз, переносимых из акта в акт[1]. По большей же части о существовании в прошлом этого диагноза просто умалчивалось.

Таким образом, третья отличительная черта анамнестических сведений исследованных подэкспертных заключалась в том, что данные медицинской документации использовались неполно, часто выборочно, и приведенные в них данные — прежде всего касавшиеся установленного ранее диагноза "шизофрения" — обычно игнорировались при обосновании СПЭК Института собственного диагностического заключения.

Четвертая отличительная черта большинства актов исследованных подэкспертных заключалась в выраженной диспропорции между клиническим разделом анамнеза и тем его разделом, в котором излагались факты, относящиеся к совершенному про-

[1] Словом "формально" сотрудники Института пользуются очень часто: "формально ориентирован", "контакт формальный", "критика к своему состоянию формальная", – и т.д. Значение этого слова, как правило, не раскрывается. Смысл его молодые эксперты никогда объяснить не могли, хотя пользовались этим словом постоянно.

тивоправному деянию. Второй раздел обычно занимал бóльшую часть анамнестических сведений.

Существовали акты, в которых эксперты добросовестно и подробно излагали все сведения, полученные ими от обследуемых. При чтении таких актов нельзя было сказать, что в анамнезе существуют явные пробелы. Они обнаруживались лишь при повторных СПЭ, когда собирались дополнительные анамнестические сведения. В этих случаях эксперты нередко односторонне описывали какие-либо особенности подэкспертного — например, его характер. Недостатки анамнеза в самых различных его разделах, часто в нескольких одновременно, обнаружены автором у подавляющего числа обследуемых. Они затрагивали все его "узловые" точки.

Генеалогический фон. Наследственное отягощение обследуемых психическими болезнями либо просто констатировалось: "сестра отца болела психически", — либо приводился только психиатрический диагноз: "шизофрения", "эпилепсия", "интоксикационный психоз" и т.д. Психические расстройства непсихотического характера (алкоголизм, олигофрения и т.д.) также только констатировались, а аномальные черты характера кровных родственников определялись лишь несколькими словами. Среди 187 подэкспертных первых трех групп, у которых было выявлено наследственное отягщение, у 91 человека генеалогический анамнез был собран или существенно дополнен лишь при заключительной СПЭ. В подавляющем большинстве случаев при этом были выявлены только лица, страдающие психическими болезнями. В четвертой группе обследуемых при заключительной СПЭ генеалогический анамнез в ряде случаев оказывался против прежнего обедненным. Соотношение числа лиц с психозами с числом лиц с пограничными состояниями среди родственников исследованных подэкспертных резко отличалось от того, которое было выявлено при изучении генеалогического фона у больных шизофренией общими психиатрами. Так, в изучаемых ими группах шизофрении с непрерывным и приступообразно-прогредиентным развитием — а именно эти две формы с их разновидностями встречались у исследованных подэкспертных — соотношение числа психозов с числом лиц с пограничными состояниями, в первую очередь с аномалиями характера, колебалось от 1:2,45 до 1:3,6[1]. У исследованных подэкспертных аналогичные соотношения колебались от 1:1 до 2,5:1, то есть если в общей психиатрии психические болезни встречаются в среднем в три раза реже, чем пограничные состояния, то среди обследованных подэкспертных они встречались так же часто или в два — два с половиной раза чаще, чем пограничные психические расстрой-

[1] Руководство по психиатрии. Т. I. М., 1983. С. 118.

ства. Эти и приведенные ниже данные свидетельствуют о постоянной недоброкачественности всего генеалогического анамнеза обследованных подэкспертных. Знание генеалогии помогает не только в нозологической оценке болезни. Во многих случаях генеалогический фон является важным критерием для прогноза болезни пробанда, в данном случае — подэкспертного. С клиническим же прогнозом, как известно, тесно связан прогноз социальный.

В детском и дошкольном возрасте основное внимание у обследуемых уделялось перенесенным соматическим болезням. Если в этот период обнаруживались отчетливые психопатологические расстройства — ночные страхи, симптомы раннего детского аутизма, гипердинамический синдром и т.д. — о них упоминалось вскользь, выявленные расстройства не уточнялись, даже если они существовали продолжительные сроки — вплоть до нескольких лет.

Преморбидная личность, как правило, описывалась кратко, с помощью немногих определений. Для того, чтобы квалифицировать личность подэкспертного, читающему акт требовалось извлекать сведения из различных разделов анамнеза. Нередко личность обследуемого можно было квалифицировать лишь приблизительно. Наиболее полно, в части случаев с привлечением необходимых примеров, описывались личности, расцениваемые в заключениях СПЭК как истерические. Для них считались характерными: "эмоциональная неустойчивость (неуравновешенность), живые эмоциональные реакции"; "неустойчивость интересов, склонность к сменам впечатлений"; "склонность к психогенным колебаниям настроения, аффективные колебания, изменчивое настроение"; "стремление к рисовке, желание (стремление) быть в центре внимания, желание представить себя необыкновенным человеком"; "демонстративность, претенциозность в поведении, склонность к самовзвинчиванию"; "повышенная самооценка, высокомерное или ироническое отношение к окружающим, переоценка своих возможностей"; "демонстративность в суждениях, поверхностность суждений, незрелость суждений"; "склонность к фантазированию"; "неровные взаимоотношения с окружающими"; "раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, ранимость, повышенная возбудимость, склонность к конфликтам (конфликтность) , неуживчивость"; "театральность в поведении, черты нарочито-неестественного поведения"; "повышенная требовательность к окружающим, эгоизм, эгоцентризм"; "капризность, лживость, неискренность, упрямство, стремление разными средствами достичь желаемого". Примерно 2/3 из перечисленных личностных особенностей встречались также у лиц, характер которых не определялся экспертами как истерический. Если к приведенному перечню характерологи-

ческих особенностей прибавить еще 5-10 определений, то окажется, что ими в основном и исчерпывались все личностные черты изученных подэкспертных[1].

Период полового созревания описывался преимущественно кратко. Если в это время появлялись характерологические изменения, то им могла быть уделена всего лишь одна фраза, например: "С 5 класса испытуемый стал вспыльчивым, непослушным, отгороженным". Возникавшие в этот период отклонения в поведении всегда излагались подробнее: "Ссорился с матерью, связался с дурной компанией асоциальных подростков, начал употреблять алкоголь, совершал мелкие кражи", — и т.д. В тех случаях, когда у подэкспертного перед началом пубертатного периода или при его наступлении отмечались экзогенно-органические вредности или же в семье существовала неблагоприятная обстановка, появившиеся изменения характера считались их следствием.

Экзогенно-органические вредности, в первую очередь черепно-мозговые травмы, во многих случаях лишь констатировались: "в возрасте 11 лет перенес черепно-мозговую травму с кратковременной потерей сознания"; "в течение жизни неоднократно ушибал голову", — и т.д. Значительно реже имелись сведения, позволяющие с той или иной степенью достоверности определить тяжесть органического поражения, и совсем редко — дать ему достаточно точную оценку. Дальнейшие последствия перенесенных экзогенно-органических вредностей чаще можно было выявить на основании отрицательного признака — например, отсутствия в последующем церебрально-органических жалоб, астении и т.д., на основании неврологического обследования в Институте, и много реже — непосредственно из сведений, содержащихся в анамнезе. Таким образом, последствия "экзогенно-органических вредностей" во многих случаях оставались нераскрытыми.

При употреблении обследуемыми алкоголя или наркотиков почти всегда указывался возраст, в котором оно началось. Иногда описывались особенности алкогольного опьянения. Последовательность развития алкоголизма или наркомании не приводилась. Дозы токсикоманических средств указывались редко, а частота их приема во многих случаях была приблизительной или неопределенной. Из клинических признаков чаще всего упоминались "абстинентные явления" или "абстинентный синдром", и обычно без описания существовавших при них расстройств. О

[1] Большая часть перечисленных характерологических черт легко заменяется определением "демонстративность". Если оно встречалось в акте, можно было почти наверняка сказать, что у подэкспертного не будет диагностирована шизофрения и существует значительная вероятность, что он будет признан СПЭК Института вменяемым.

характере пьянства или о стадии алкоголизма чаще можно было судить лишь приблизительно, иногда приходилось полагаться на определение, используемое в заключениях СПЭК — "склонность к злоупотреблению алкоголем". Смена употребления алкоголя наркотиками или их совместный прием всегда лишь констатировались. Таким образом, у исследованных подэкспертных существовала в большом числе случаев лишь приблизительная квалификация алкоголизма или наркомании, особенности развития которых у лиц, страдающих шизофренией, являются косвенным, но тем не менее важным указанием на то, что существует эндогенный процесс.

Важной и специфической особенностью анамнеза большого числа изученных подэкспертных являлось их криминальное поведение до того времени, как они поступили в Институт на первую СПЭ. Оно было выявлено у 259 человек, то есть более чем у половины обследованных. Среди них встречалось большое число лиц, судимых неоднократно и находившихся в местах лишения свободы по 5-10 и более лет. Сведения об этом периоде жизни подэкспертных (если они приводились в анамнезе) касались в первую очередь особенностей их поведения — чаще всего связанных с нарушениями режима содержания, и реже — со следующими за этим административными взысканиями. О возникавших в этот период психических расстройствах сообщалось редко. Их выявление происходило обычно в период заключительной СПЭ. Во многих случаях сообщалось лишь о числе судимостей и общем количестве лет, проведенных в ИТК. Во время первой или первых СПЭ обследуемые нередко сами сообщали экспертам различные сведения о своей жизни в ИТК, прежде всего о поведении и понесенных наказаниях, а также и о бывших у них в то время болезненных психических расстройствах. Первое обычно расценивалось как "бахвальство", "позерство", "бравада", "демонстративность", второе — как признаки "установочного поведения". Заключительные СПЭК часто опровергали подобную оценку поведения подэкспертных и их жалоб болезненного характера.

Для большинства обвиняемых судебно-следственная ситуация представляет собой психическую травму. Сотрудникам правоохранительных учреждений это хорошо известно. "В следственных изоляторах содержатся люди, привлеченные к уголовной ответственности. Естественно, что длительное время они испытывают на себе правоограничения. И при этом непосредственно могут наблюдать за работой органов дознания, следствия, суда, прокуратуры, следственного изолятора. В связи с этим эмоционально

реагируют, оценивая деятельность этих органов"[1]. Основания для "эмоционального реагирования" у обвиняемых есть. При прочих равных условиях, они связаны с деятельностью правоохранительных учреждений. Опрос лиц, находящихся в одном из московских СИЗО, показал, что 88% респондентов отметили нарушения социалистической законности работниками милиции, прокуратуры, СИЗО. "На первое место опрашиваемые ставят унижение достоинства, угрозы, обман, шантаж (70%), на второе — понуждение к признанию своей вины и даче показаний (60%), на третье — фальсификацию, подлоги, неправильную запись показаний (57%). 47% отмечают нанесение телесных повреждений и рукоприкладство, а 46% — формализм и безразличие в отношении их судьбы. На неудовлетворительное проведение следственных действий указало 33 процента опрошенных. Половина опрошенных респондентов заявила, что при расследовании уголовных дел отсутствует психологический контакт со следователем по вине последнего, а 33% отметили низкую профессиональную культуру и явное незнание изучаемого дела. Неправомерно плохие бытовые условия ... отметили 87% опрошенных"[2].

В настоящее время (начало 1993 года), по словам подэкспертных, находящихся на СПЭ в Институте, и работников СИЗО, в Бутырской тюрьме и в следственных изоляторах Москвы, Иванова, Костромы и ряда других городов обвиняемые из-за переполнения камер вынуждены спать в три смены — "по скользящему графику"[3].

Условия, в которых содержались обвиняемые до того, как их направили в Институт на СПЭ, само пребывание в Институте, где решалась их дальнейшая судьба — а понимание этого обстоятельства в той или иной степени сохранялось и у психически больных — являлись для лиц, обследованных в Институте, психической травмой. Она проявлялась в различной степени: от "озабоченности своей судьбой и сложившейся ситуацией" до выраженных реактивных состояний (по данным проанализированных актов СПЭК Института, они наблюдались более чем у половины обследованных).

---

[1] Калайтан Н.Е. Следователь: как он работает? // Человек и закон, N 7, 1990. С. 12.

[2] Там же. С. 13-14.

[3] Данные об условиях содержания подследственных и осужденных в учреждениях отечественной пенитенциарной системы содержатся в серии выпусков Московского Общественного центра "Содействие". См., например: Абрамкин В.Ф., Чижов Ю.В. Как выжить в советской тюрьме. В помощь узнику. Красноярск, 1992. 191 с. Тюремный мир глазами политзаключенных // Уголовная Россия. Тюрьмы и лагеря. Вып. 1. М., 1993. 287 с. Письма из зоны — 87 // Уголовная Россия. Тюрьмы и лагеря. Вып. 2. М., 1993. 299 с.

12 Зак. 500

Психиатр, имеющий опыт исследования как больных общих психиатрических учреждений, так и лиц, проходящих СПЭ, знает, насколько труднее расспрашивать последних. Приемы расспроса, существующие в общей психиатрии[1], должны обладать у судебных психиатров бо́льшим совершенством, дополняться собственными приемами расспроса, учитывающими психологию лиц, находящихся на судебно-психиатрической экспертизе, — и при этом не противоречить установленным в медицине, в частности, в психиатрии, деонтологическим принципам. Ведь любой подэкспертный в период СПЭ является, пусть даже потенциально, психически больным. О том, как производится расспрос лиц, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу в Институте, свидетельствует ряд источников: акты СПЭ и истории болезни, а также дневники наблюдения, ведущиеся экспертами, записи консультаций и комиссий, проводимых ведущими сотрудниками Института, сообщения лиц, ранее работавших в Институте, врачей и экспертов, соприкасавшихся по работе с сотрудниками Института, клинические разборы, на которых производится расспрос обследуемых молодыми экспертами и присутствующими на разборе сотрудниками Института, имеющими значительный стаж работы, общеинститутские конференции, на которых производится расспрос обследуемых экспертами.

Наиболее заметной особенностью расспроса подэкспертных, в первую очередь второй-четвертой групп, являлись сомнения и (или) недоверие к тому, что́ они сообщали о своем психическом состоянии. Сомнения и (или) недоверие к сообщаемым подэкспертными сведениям появлялись у экспертов по следующим причинам: а) в психическом статусе подэкспертного отсутствовали внешние признаки, явно указывающие на существование у него психоза; психотических расстройств в анамнезе, которым располагал эксперт, либо не отмечалось, либо указаниям на них не придавалось значения, — вместе с тем, во время расспроса обследуемый сообщал об имеющихся у него нарушениях, которые могли быть расценены как психотические (бред, сенсорные растройства и т.д.); б) между выявленными в психическом статусе высказываниями, свидетельствующими о наличии психоза, с одной стороны, и манерой подэкспертного отвечать на задаваемые вопросы, его поведением во время беседы и в отделении — с другой, обнаруживалась, как определяют это явление сотрудники Института, "явная диссоциация". При ответах на вопросы, уточняющие психотические переживания: "долго их обдумывает", "отвечает не сразу", "часто отвечает не на вопрос", "отвечает избирательно", "долго обдумывает ответы при вопро-

[1] Руководство по психиатрии. М., 1983. С. 187. Руководство по психиатрии. М., 1987. С. 212.

сах о психическом состоянии”, “путанно и противоречиво говорит о своем психическом состоянии”, “умалчивает о компрометирующих его фактах”, “склонен фальсифицировать некоторые события своей жизни”, “тщательно следит за реакцией врача на его слова”, “заявляет, что считает себя психически больным”, “ищет у врача помощи, сочувствия”, — и т.д. Во время расспроса: “к собеседнику поворачивается спиной”, “прячет глаза”, “недружелюбно (зло, со злобой) смотрит на собеседника”, “ведет себя развязно: сидит развалившись, говорит врачу 'ты'“, “громко, со злобой выкрикивает угрозы, цинично бранится”, “наступает на врача, размахивая руками, — но ведет себя правильно, когда чувствует, что к нему могут применить лечебные меры”, — и т.д. В отделении: “играет в настольные игры и общается с соседями по палате”, “в отсутствие врачей или когда он считает, что нет надзора, он упорядочен, читает книги и журналы, тайно беседует с испытуемыми, — но замолкает, если замечает, что персонал обращает на него внимание”, “спокоен, но во время обходов или в кабинете врача на лице появляется капризно-страдальческое выражение и тут же начинает жаловаться, будто бы в отделении ведется его преследование”, “зорко следит за тем, что происходит вокруг, в частности, за персоналом”, “хорошо разбирается в создавшейся судебной ситуации”, “хорошо ориентирован в материалах дела (обвинения)”, — и т.д. Сомнение и (или) недоверие часто влекло за собой “уличающие” вопросы: “вот вы раньше говорили одно, а сейчас — совсем другое...”, “уличенный в искажении фактов...”, “уличенный в неискренности...”, “уличенный в противоречиях...”, — и т.д. Одновременно мог измениться и тон, в котором подэкспертному задавались вопросы. Помимо сомнений и недоверия, в нем появлялось нетерпение, раздражение, доходящее до грубости, ирония: “улавливает иронию и сам иронизирует”, насмешка, пренебрежение: “вы что же, хотите, чтобы мы вас признали психически больным и невменяемым?” Приведенную и подобные ей фразы надо слышать, чтобы понять, с какими интонациями их произносят.

Некоторые эксперты с самого начала беседы задают такие вопросы, которые способны “взвинтить” подэкспертного. Обычно так поступают тогда, когда убеждены в том, что имеют дело с “психопатом”. Часто после нескольких вводных вопросов — о состоянии здоровья, “формальной” ориентировке и т.д. — эксперт быстро переходит к расспросу о правонарушении и задает “неприятные” для обследуемого вопросы. Аффективная реакция со стороны подэкспертного часто не заставляет себя долго ждать, а с ее появлением исчезает и возможность получить от него какие-либо сведения.

В ряде случаев расспрос о совершенном правонарушении, проводящийся с целью установления юридического критерия

вменяемости-невменяемости, превращается в выяснение обстоятельств совершения правонарушения, — что уже входит в компетенцию лиц, осуществляющих следствие. Иной раз расспрос о правонарушении уже с самого начала сводится к попытке выяснения тех деталей ООД, которые не имеют никакого отношения к определению юридического критерия вменяемости-невменяемости. В этих случаях не только обследуемый, но и эксперты способны проявить раздражение, досаду, явное недовольство и т.д., а их беседа может перейти в спор: "при дискуссии на эту тему...". Невольно возникает мысль, что расспрос поизводится не лицом, обладающим знанием психиатрии, а следователем. Такая мысль усиливается, если подобный расспрос осуществляется одновременно несколькими экспертами, а задаваемые ими вопросы носят перекрестный характер.

А.: "Я нередко наблюдал, как эксперты — в основном старшего возраста (...) — при беседе с подэкспертным исполняли роль плохих следователей"[1].

Достаточно часто эксперты с целью выявления того или иного психопатологического расстройства задают вопросы в такой формулировке, что они способны повлечь за собой лишь ответы обыденного, а не клинического содержания: "Вы сильно нервничали?", — "Сильно"; "Вы тяжело это переживали?" — "Тяжело"; "Вы расстраивались?" — "Да, расстраивался", — и т.д. Банальные вопросы влекут за собой банальные ответы, а внутренняя картина психического состояния обследуемого остается нераскрытой.

При расспросе подэкспертных сотрудникам Института свойственны те же ошибки, что и врачам, работающим в области общей психиатрии: напористость и нетерпение (обследуемого перебивают, не дав ему полностью высказаться, — хотя он способен, как выясняется позже, сообщить важные для решений СПЭ клинические факты); многословные вопросы политематического содержания, "забрасывание" подэкспертного быстро следующими один за другим вопросами; расспрос, при котором каждый из присутствующих без соблюдения очередности задает различные по содержанию вопросы; неуместное обращение на "ты"; посторонние разговоры присутствующих в то время, как один из экспертов задает вопросы; прерывание расспроса, производимого одним из экспертов, другим, до того, как первый его закончит, и т.д.

Негативные аффективные реакции подэкспертных на промахи, допускаемые во время расспроса, обычно более выражены — во всяком случае, во внешних формах поведения — чем анало-

[1] А. назвал фамилии ряда сотрудников, работавших в Институте с 40-х по конец 70-х гг. В данном тексте они опущены.

гичные реакции больных общих психиатрических учреждений, возникающие в сходных условиях. Это можно во многом объяснить тем "эмоциональным фоном", который существует у подэкспертных во время СПЭ в связи с предшествующей и существующей психотравмирующей ситуацией.

Кроме того, такая реакция обследованных могла зависеть еще и от особенностей их психического состояния. В нем очень часто — особенно у подэкспертных второй-четвертой групп — встречались повышенная ранимость, оппозиционное отношение к обследованию, негативизм. Эти особенности существовали не только у молодых обследуемых (от 16 до 25 лет), но и в остальных возрастных группах, в том числе и у лиц зрелого возраста (35-45 лет).

Дефекты расспроса — основного метода исследования в психиатрии — являлись еще одной причиной недостаточного выявления у обследуемых подэкспертных существовавших у них в анамнезе и в психическом статусе продуктивных и негативных психопатологических симптомов. "Есть очень опытные и знающие психиатры, которым умение говорить с душевнобольным вовсе не дается и которые благодаря этому не могут получить тех данных, того статуса, который соберет другой психиатр, умеющий подойти к больному"[1]. Эти слова П.Б.Ганнушкина часто приходят на память, когда доводится слышать расспрос подэкспертных, производимый сотрудниками Института.

Наиболее полно подуктивные психопатологические расстройства описывались в психических статусах тех подэкспертных, у которых существовали несомненные признаки психоза: у большей части обследуемых первой группы ("реактивные состояния"), при диагностике состояний декомпенсации у психопатических личностей (вторая группа), у лиц всех групп, у которых наряду с основным диагнозом ("реактивное состояние", "психопатия" и т.д.) устанавливался предположительный диагноз шизофрении.

Изменения личности у подэкспертных первой группы в психических статусах не описывались. В остальных трех группах (в четвертой — при смене первоначального диагноза шизофрении иным диагнозом) всегда подчеркивалась сохранность личности. Для этого в психическом статусе существовали определенные формулы: "наличие критического отношения к своему психическому состоянию и к содеянному правонарушению"; "обеспокоенность создавшейся ситуацией и своей дальнейшей судьбой"; "последовательное и логичное мышление"; "эмоциональная сохранность". Перечисленные симптомы обычно лишь констатировались. В некоторых случаях приводились обоснования со-

[1] Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее объем, задачи, преподавание. С. 12.

хранности личности — например, такие: "все поведение испытуемого свидетельствует о том, что он хорошо осознает создавшуюся ситуацию и свое положение".

Анализ актов СПЭ и ряда историй болезни позволил сделать вывод о том, что у части подэкспертных первой группы, у очень многих подэкспертных второй-третьей групп (в период первой СПЭ) и у большинства подэкспертных четвертой группы (при СПЭ, отвергающей первоначальный диагноз шизофрении) существовали отчетливые симптомы шизофренического дефекта, клинически проявлявшиеся в первую очередь нарушениями в эмоционально-волевой сфере, реже — в мышлении (резонерство). Часто дефект проявлялся в недостаточном или даже полном отсутствии критического отношения к своему психическому состоянию и положению. Это расстройство критических способностей автор обосновывает исходя из контекста психического состояния, описываемого в актах и историях болезни, и данных экспериментально-психологических исследований.

При анализе актов СПЭ выявилось небольшое число молодых подэкспертных второй и реже — третьей групп, у которых сохранность личности обосновывалась сотрудниками Института соответствующими примерами. Во всех случаях у этих лиц в анамнезе существовали отчетливые гебоидные расстройства, а в психическом статусе выявлялся психический инфантилизм. Обследуемые "с горечью" говорили о том, что их жизнь сложилась неудачно, что, кроме ИТК и больниц, они ничего другого в жизни не видели. Они "искренне раскаивались" в совершенных ими противоправных деяниях, которые помешали им жить "полноценной жизнью", и "понимали, что своими поступками они принесли близким много горя". О родных всегда отзывались "тепло", говорили, что видели от них "только хорошее". Как правило, "строили реальные планы на будущее": после отбытия наказания собирались работать или овладеть специальностью, начать учиться или продолжать учебу, о чем они "всегда мечтали", "помогать материально близким", "создать семью" или воспитывать ребенка, если таковой имелся, и т.д. Намеревались в будущем "не повторять своих ошибок", "вести себя осмотрительно". Обычно подэкспертные говорили об этом "взволнованно", а то и "со слезами на глазах". Сомнений в их искренности у сотрудников Института не возникало. Слова "якобы" и "будто бы" при описании подобных высказываний отсутствовали. Контекст позволял считать, что эксперт верит услышанному и надеется на исправление обследуемого. Катамнез во всех случаях опровергал надежды — по меньшей мере, первой стороны.

Неполноценное исследование изученных подэкспертных — недостаточность и (или) недоучет полученных анамнестических сведений, особенно той их части, которая касалась детства, пу-

бертатного периода и юношеских лет, нарушение деонтологических принципов при расспросе — очень часто влекло за собой обеднение истории болезни медицинскими сведениями к моменту проведения обследуемым СПЭ.

Анализ заключений СПЭК, в которых приводились обоснования диагностических выводов (эти обоснования у большого числа подэкспертных отсутствовали), позволил выявить: а) особенности квалификации психопатологических расстройств, обнаруженных у исследованных подэкспертных и б) принципы установления у них нозологических оценок.

Во всех группах подэкспертных, прежде всего во второй-четвертой, часто недооценивалась тяжесть (глубина, уровень) психопатологических расстройств, постоянно наблюдалась тенденция к их оценке как более легких. У части обследуемых второй-четвертой групп наличие продуктивных расстройств отвергалось — точнее, их просто не замечали. Личностные изменения во второй-четвертой группах (в последней — при заключительной СПЭ) отвергались почти всегда.

Среди продуктивных симптомов чаще всего недооценивались бредовые расстройства. Бред супружеской неверности, отношения и преследования, колдовства и (или) порчи, ипохондрический бред, дизморфомания могли расцениваться как сверхценные идеи (образования), реактивные состояния, состояния декомпенсации психопатии, психопатические черты характера, дизморфофобия, истерические реакции (набл. NN 4, 6, 8, 9, 11; подэкспертные С-те А.В., 1949, 1289/75 г.; З-ов В.Ф., 1940, 1014/67 г.; Е-ов А.И., 1931, 490/70 г.; Е-ев В.И., 1946, 1190/74 г.; С-ов С.С., 1942 277/75 г.; Г-ов В.Г., 1934, 1518/72 г.; Х-ин С.И., 1928, 1026/74 г.). Бред экспансивного содержания — выраженные идеи переоценки своей личности и (или) бред величия, бред реформаторства, изобретательства, религиозного характера, мессианства, сутяжничества, конфабуляторный экспансивный бред — мог расцениваться как бредоподобные фантазии, сверхценные идеи, истерический вымысел, повышенное настроение с психопатическим поведением (набл. N 6; подэкспертные У-ель Ю.П., 1947, 1498/81; г.; Д-ев Е.Н., 1946, 318/73 г.; Т-ев К.А., 1915, 1012/74 г.; Б-ев А.Н., 1956, 892/81 г.).

Кататонические и кататоно-гебефренные расстройства не были отмечены ни разу до заключительной СПЭ, несмотря на то, что у подэкспертных описывались их симптомы: выраженная идеомоторная заторможенность, сопровождаемая мутизмом, который мог длиться годы и существовать не только во время пребывания в психиатрических учреждениях, но и в домашних условиях; сальность кожи лица, негативизм, восковая гибкость, которые могли перемежаться состояниями рече-двигательного или "немого" возбуждения, сменяться дурашливо-злобным поведе-

нием (набл. N 5; подэкспертные К-ов П.П., 1946, 952/74 г.; И-ин И.В., 1928, 473/67 г.; Ж-ев `А.Д., 1930, 568/65 г.; Е-ян, 1947, 830/69 г.; А-ев А.В., 1943, 1850/74 г.; Е-ов В.П., 1950, 443/70 г.; К-ин Н.И., 1932, 467/68 г.; Г-ия З.А., 1957, 185/80 г.; Б-ов Е.Г., 1939, 189/70 г.; Б-ов М.Я., 1913, 549/72 г.; А-ов Д., 1918, 424/68 г.). Подобные расстройства часто определялись как психопатические, в частности, истерические, состояния.

Аутоагрессивные и агрессивные импульсивные поступки в анамнезе — внезапное нанесение себе ножевого ранения в область груди или живота, самоповешение, которые без врачебного вмешательства окончились бы летальным исходом, внезапное выбрасывание из окна, побеги из дома в одном нижнем белье в зимнее время, попытки разбить себе с разбега голову о стену и т.д., возникавшие изолированно или в сочетании с бредом, вербальными галлюцинациями или кататоническими симптомами, или не оценивались никак, или считались проявлениями психопатического поведения (набл NN 2, 9, 10, 15; подэкспертные С-ов Р.К.,1937, 303/69 г., Б-ов А.А., 1949, 1654/71 г., А-ин А.В., 1951, 1128/75 г., А-ев А.В., 1943, 1850/74 г., А-ов О.М., 1940, 1045/69 г., К-ов В.Ю., 1940, 318/71 г., Г-н И.А., 1936, 441-70 г., Б-ов М.Я., 1913, 549/72 г.).

Почти всегда отчетливые гипоманиакальные состояния, наблюдавшиеся у обследуемых в период прохождения ими в Институте СПЭ, расценивались как психопатическое поведение. Такая оценка не менялась и в тех случаях, когда к вечеру у подэкспертных появлялось маниакальное состояние (набл. NN 13, 15, 18; подэкспертный Б-ин А.И., 1926, 914/74 г.). Подавленное настроение, в том числе и такое, при котором существовал витальный компонент (предсердечная тоска, суточные изменения глубины пониженного настроения), обычно определялось как "аффективные колебания". В ряде случаев для характеристики пониженного настроения использовались такие выражения, как "состояние естественной подавленности" или "настроение снижено адекватно сложившейся ситуации" и т.д.

Такие психопатологические нарушения, как элементы синдрома Каннера, выраженные ночные страхи, гипердинамический синдром, экстатические состояния, онирнзм, психосенсорные и деперсонализационно-дереализационные расстройства, сензитивный бред отношения, функциональные и слуховые галлюцинации, сменяющие выраженные вербальные галлцинации, депрессивный аффект в форме "унлюст" с последующей неожиданной сменой одного мировоззрения другим, диаметрально противоположным (находящийся в ИТК "вор в законе " становится исступленным поборником правопорядка), неожиданное прекращение употребления наркотиков, и гораздо чаще — алкоголя при сформировавшихся абстинентных расстройствах, либо

не диагностировались, либо не учитывались в обоснованиях диагностических заключений.

В заключениях СПЭК Института "облегчение" психо-патологических расстройств, выявленных у подэкспертных, производилось не только с помощью занижения их глубины. У 45 обследованных первых трех групп выявленные в психическом статусе психотические нарушения были расценены комиссиями Института — до того, как этим лицам был установлен диагноз шизофрении — как проявления симулятивного, установочного или защитного поведения. От общего числа подэкспертных этих трех групп (365 человек) лица с перечисленными диагностическими формулировками составили 12,2%.

На самом деле число лиц, у которых в Институте было диагностировано установочно-симулятивное поведение, могло бы быть значительно большим. В психических статусах ряда подэкспертных описывались сиптомы, тождественные тем, которые послужили поводом для установления у 45 человек этого диагноза. Отсутствие заключения о наличии установочно-симулятивного поведения, несмотря на описание в статусе соответствующих симптомов, отдельные сотрудники Института объясняли своим нежеланием утяжелять положение обследуемого.

Среди этих же 365 подэкспертных, до того времени, как им в Институте был установлен окончательный диагноз, в психиатрических учреждениях (обычно в местах лишения свободы) установочно-симулятивное поведение было диагностировано еще у 37 человек, то есть в 10,1% случаев. В четвертой группе подэкспертных установленный СПЭК Института заключительный диагноз у 16 человек сопровождался указанием на существование у них установочно-симулятивного поведения. Во всех этих случаях симуляция либо отсутствовала, либо вместо симуляции необходимо было диагностировать метасимуляцию.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что примерно у 1/6 части подэкспертных, обследованных в Институте, при первоначальной или заключительной оценке их психического состояния была допущена самая грубая диагностическая ошибка.

Отсутствие личностных изменений у подэкспертных в заключениях СПЭК обосновывалось теми же словами, которые использовались и при написании психических статусов, то есть в обоих случаях формулировки были сходными по своему содержанию. Лишь у подэкспертных четвертой группы при заключительной СПЭК в обосновании устанавливаемого диагноза обычно констатировалось "отсутствие нарушений мышления" — определение, которое в психических статусах не использовалось.

Таким образом, СПЭК Института самыми различными путями: а) недооценкой качественных особенностей и (или) занижением глубины продуктивных расстройств; б) их оценкой в каче-

стве проявлений симуляции; в) нежеланием — или неспособностью — оценить существующие изменения личности по шизофреническому типу, — создавали предпосылки к установлению более легкого, чем это было в действительности , диагностического заключения.

Одним из примеров, подтверждающих тенденцию к установлению СПЭК Института у исследованных подэкспертных первоначально более легкого диагностического заключения, является частота диагноза "реактивное состояние ". Он являлся основным в самой многочисленной — первой группе подэкспертных. У лиц с диагнозами "психопатия" (вторая группа) и "органическое заболевание нервной системы" (третья группа), диагноз "реактивное состояние" следовал за основным соответственно у 1/3 и 1/4 части обследованных. Всего же в первых трех группах он был установлен в 2/3 всех наблюдений — у 231 из 365 человек. "Реактивными состояниями называются временные и обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмой"[1]. Поэтому совсем не случайно у большинства подэкспертных второй-третьей групп, у которых, помимо основного диагноза, было установлено наличие "реактивного состояния, принявшего затяжное течение", и у ряда подэкспертных первой группы в заключениях СПЭК указывалось, что после окончания принудительного лечения и выхода испытуемых из болезненного состояния они могут предстать перед судом и следствием.

Более легкие диагностические заключения первоначально устанавливались не только в тех случаях, где окончательным диагнозом являлась шизофрения (первая-третья группы). При диагностике других психических болезней, не имеющих отношения к шизофрении, первоначальный диагноз также всегда оказывался более легким, чем заключительный — то есть отмеченная тенденция распространялась на самые различные психические болезни.

А.: "При дифференциальной диагностике чаще вего отдавалось предпочтение более "легкому" диагнозу, — но не в тех случаях, когда подэкспертные находились в отделении, руководимом Н. Когда комиссии проводились психиатрами от Министерства с участием А.В.Снежневского, В.М.Морозова, Г.А.Ротштейна, Д.Е.Мелехова, сотрудники обычно испытывали некоторое напряжение. Обычно заключение единогласно решалось в пользу более "тяжелого" диагноза. Сотрудники Института не всегда были с этим согласны. Однако их аргументы в пользу

[1] Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М., 1968. С. 3.

своего мнения были неубедительными и комиссией во внимание не принимались”.

Вынесенное СПЭК диагностическое заключение во многих случаях могло оказать влияние на последующее написание акта судебно-психиатрической экспертизы. Это зависело от того, что не во всех случаях клинические факты, содержащиеся в историях болезни, подтверждали вынесеный СПЭК диагноз. Акт необходимо было написать в соответствии с вынесенным диагностическим заключением. Эксперты-докладчики не всегда справлялись с такой задачей, которую в Институте называют “причесать акт”. Такая превентивная “косметическая” операция проводилась во всех группах исследованных подэкспертных, особенно часто — во второй-четвертой. Во второй и третьей группах обычно “причесывался” психический статус, в четвертой группе — анамнез и психический статус. В последнем случае из анамнеза и психического статуса изымались клинические данные, на основании которых в Институте ранее была, в ряде случаев неоднократно, диагностирована шизофрения. В четвертой группе при заключительной СПЭ в акте обычно “причесывался” и написанный в тот период психический статус.

А: “Довольно часто акт экспертизы подстраивался под диагноз, установленный комиссией. Особый опыт в этом деле был у старших научных сотрудников”.

Не всегда старшие научные сотрудники оказывались на должном уровне: в одних случаях они теряли бдительность и в актах оставались описания психических расстройств, вызывающие сомнение в правильности диагноза, установленного СПЭК, в других — проявляли излишнее усердие и в актах появлялись такие описания, которые заставляли усомниться в их правомерности. Сомнения вызывали потребность лично просмотреть предшествующие акты и истории болезни подэкспертного и провести сравнение того, что́ в них описывалось ранее, с тем, в каком виде прежние описания переносились в последующие медицинские документы (акт заключительной СПЭ). Особенно часто, если не постоянно, сомнения возникали при чтении актов подэкспертных четвертой группы — то есть в тех случаях, когда отвергался ранее установленный диагноз шизофрении.

При установлении нозологического диагноза эксперты, входящие в состав СПЭК, и в первую очередь председатели комиссий, использовали два диагностических подхода: этиологический и “диагноз узнавания”. Последний постоянно использовался и для обоснования этиологического диагноза[1].

---

[1] Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций. Валдай, 1970. С. 177. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. М., 1988. Т. 1. С. 236.

При диагностике, основанной на этиологическом подходе (подэкспертные первой, третьей и отчасти — четвертой групп), главными аргументами для обоснования устанавливаемого диагноза являлись: а) психическая травма, связанная с арестом, следствием и т.д.; б) перенесенная в прошлом "органическая вредность". Если в первом случае в психическом статусе подэкспертного встречались истерические симптомы, а в имеющихся психотических симптомах (обычно при бреде) существовала психогенная патопластика или психоз проявлялся симптомами, которые оценивались как "яркие" — или даже без такого определения, — диагноз реактивного состояния и изредка — реактивного психоза считался достоверным.

Анализ предшествующих настоящему психическому заболеванию психопатологических расстройств не производился — или потому, что они отсутствовали в анамнезе, или потому, что им не придавалось какого-либо значения. Если в психическом статусе отмечались церебрально-органические жалобы различной интенсивности, а в неврологическом статусе — "органические знаки" (в ряде случаев — обычно легкие изменения на электроэнцефалограмме или в цереброспинальной жидкости), достоверным считался диагноз органического заболевания головного мозга той или иной формы и степени. Выявленные одновременно с органическими расстройствами психопатологические симптомы — например, бред, психические автоматизмы, вербальные, тактильные или обонятельные галлюцинации и т.д. — также считались проявлением органического заболевания. Часть продуктивных психопатологических нарушений, отмеченных в психическом статусе, комиссиями просто не учитывалась. Ретроспективный анализ развития органических и эндоформных расстройств не проводился.

А: "Клинический диагноз очень часто подменялся этиологическим (без понимания того, что этиология — это последняя инстанция в оценке болезни ли, состояния ли, патологической реакции)".

Таким образом, одним из принципов нозологической диагностики в Институте являлся "прием линейного объяснения причины и следствия" (И.В.Давыдовский)[1].

В тех случаях, когда этиологический фактор был неизвестен (подэкспертные второй и отчасти четвертой групп), в качестве основного диагностического подхода использовался "диагноз узнавания" (диагноз "по аналогии")[2]. В этом случае проводится сравнение между тем, что уже известно о данном заболевании благодаря имеющемуся личному опыту или (и) чтению специ-

---

[1] Цит. по: Снежневский А.В. Общая психопатология. С.185.
[2] Там же, с. 181. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1. С. 236.

альной литературы, и тем, что обнаружено во время исследования. При сходстве выявленных симптомов с теми, которые считаются характерными для определенной болезни, приходят к заключению, что состояние больного и, как следствие, диагноз следует приравнять к этому заболеванию. "Диагноз узнавания" дает лишь одно доказательство — наличие ряда сходных симптомов при уже известной и устанавливаемой болезни. Поэтому для его использования достаточно выявить лишь то или иное количество отдельных симптомов, их "россыпь".

У подавляющего большинства исследованных подэкспертных установление диагноза производилось с помощью простого перечисления в хронологической последовательности отдельных продуктивных психопатологических расстройств. Их синдромальная оценка производилась редко — как правило, лишь при оценке психического статуса. Возникает закономерный вопрос: почему сотрудники Института используют весьма ограниченный набор психиатрических терминов, хотя в судебной психиатрии их, как представляется, не меньше, чем в общей? Почему у них так редки синдромальные оценки и почти никогда нет описаний динамики болезней в синдромах?

А: "Основная причина заключается в профессиональной безграмотности. Представление о синдромотаксисе почти никому не известно".

Число синдромов, выделенных в заключениях СПЭК Института, было невелико. Чаще всего встречались депрессивный, ипохондрический, бредовой, галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-параноидный синдромы, синдромы Кандинского-Клерамбо и бредоподобных фантазий. Выделяемые синдромы не всегда исчерпывали существующую клиническую картину и отражали лишь ее часть. Синдромальная оценка всего периода болезни давалась в единичных случаях. Поэтому диагностическое заключение СПЭК Института обосновывалось в первую очередь симптомами психического статуса — то есть "поперечным разрезом" болезни (K.Schneider). При диагностике психопатий (вторая и отчасти четвертая группа подэкспертных) обычно перечислялись аномальные черты характера, отмечавшиеся в прошлом и выявленные при настоящем исследовании, с целью показать их полную идентичность. Существовавшие и существующие у подэкспертных этих двух групп позитивные и негативные психопатологические расстройства либо не замечались, либо не принимались в расчет.

"Диагноз узнавания" (диагноз "по аналогии") использовался сотрудниками Института не только при первоначальной, но и при заключительной диагностике. При установлении окончательного диагноза у обследованных первых трех групп и первоначально верного диагноза "шизофрения" в четвертой группе в

распоряжении СПЭК достаточно часто имелось необходимое число клинических данных, на основании которых можно было использовать полный (методический) диагноз[1]. Однако такой диагностический подход, как правило, заменялся "диагнозом узнавания".

Применение в психиатрии "диагноза узнавания" приводит в первую очередь к выявлению продуктивных симптомов. Негативные симптомы при таком диагностическом подходе обычно не учитываются. О них упоминают лишь тогда, когда у подэкспертного существует выраженный, часто продолжительный, в том числе и хронический, психоз. Эта особенность выявилась и у исследованных подэкспертных. Изменения личности по шизофреническому типу у обследованных второй-третьей групп до заключительной СПЭ не определялись. У большей части подэкспертных четвертой группы личностные изменения по шизофреническому типу при заключительной СПЭ необоснованно отвергались Игнорирование существовавших негативных симптомов можно было объяснить следующими причинами: а) их труднее выявить и описать, чем продуктивные расстройства; б) во многих случаях их не умели — а иногда, возможно, просто не хотели — замечать (см. наблюдения NN 7, 11, 13, 15, 17, 18).

Неумение видеть личностные изменения и давать им необходимую качественную оценку можно проиллюстрировать следующим примером. У большого числа обследованных, прежде всего второй-четвертой групп, в структуре дефекта существовал выраженный психический инфантилизм. В заключениях СПЭК он отмечался очень редко. О недостаточном умении выявить и описать шизофренический дефект свидетельствовал проведеный автором анализ психических статусов исследованных подэкспертных. В них изменения личности обследуемых подэкспертных в период заключительной СПЭ, как правило, не описывались, а констатировались. Прежде всего это касалось расстройств мышления — таких, как "паралогичность", "неадекватность", "психическая ригидность", "расплывчатость", "аморфность". Примеры, подтверждающие существование того или иного вида расстройства мышления, почти никогда не приводились. Среди 414 обследованных подэкспертных с диагнозом "шизофрения" лишь в одном наблюдении (подэкспертный С-ий П.П., 1908, 160/66) научный сотрудник привел пример паралогического мышления — расстройства, наиболее часто упоминаемого в психических статусах и в обоснованиях заключений СПЭК: "мышление непоследовательное, временами паралогичное: например, на предло-

---

[1] Снежневский А.В. Общая психопатология. С. 185. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. I. С. 235.

жение растолковать смысл пословицы "не в свои сани не садись" стал доказывать, что это означает "садись в чужие сани".

Волевые нарушения и нарушения критических способностей в психических статусах также лишь констатировались. Эмоциональные изменения в некоторых случаях обосновывались конкретными примерами, но обычно лишь констатировались. Личностные изменения, приведенные в психических статусах, переносились в заключения СПЭК. Однако вполне вероятно, что из заключений СПЭК дефицитарные расстройства могли быть механически перенесены в психический статус при написании акта.

Негативные расстройства в заключениях СПЭК излагались по раз установленной схеме. В обобщенной форме она выглядела следующим образом: "Настоящее психиатрическое обследование выявляет характерные для шизофренического процесса нарушения мышления: паралогичность, вычурность, резонерство (склонность к резонерству), неадекватность , аутизм, негативизм (или его элементы), соскальзывания, разноплановость, обнаженность, нелепость, противоречивость и бессвязность суждений, психическую ригидность, расплывчатость (аморфность); эмоционально-волевой сферы: холодность, уплощенность эмоциональных реакций, эмоциональную выхолощенность, вялость, апатию, монотонность, амбивалентность, неадекватность, а также отсутствие (или значительное расстройство) критических способностей по отношению к своему психическому состоянию и содеянному".

Перечисленные определения негативных симптомов, в том или ином сочетании, использовались при обосновании многих диагнозов. Иногда конкретные определения вовсе отсутствовали. Обоснование негативных расстройств и нозологическая оценка болезни в заключении СПЭК выглядели так: "О диагнозе "шизофрения" свидетельствуют выраженные изменения личности с нарушениями мышления, эмоционально-волевыми расстройствами и отсутствием критики". Перекочевывающие из одного заключения в другое, дословно повторяющие друг друга обоснования говорят об усредненном и субъективном подходе к анализу состояний подэкспертных и нивелировке их индивидуальных особенностей.

А: "Трезвой оценке мешали привычные штампы и, конечно, недостаточная профессиональность".

Использование СПЭК стереотипных формулировок при определении глубины существовавших у подэкспертных негативных расстройств нередко заставляло предполагать, что в действительности степень личностных изменений была меньше, чем та, которая определялась и в психических статусах, и в заключениях СПЭК, так как у подэкспертных с самыми различными по глубине позитивными симптомами и особенностями развития бо-

лезни негативные симптомы оказывались тождественными. Возникавшее предположение во многих случаях подтверждалось при чтении дневников наблюдения медицинского персонала. В них, в частности, приводились примеры достаточно сохранной эмоциональности (см. главы I и V). На вопросы о причинах явного завышения глубины негативных расстройств при несомненном диагнозе шизофрении одни сотрудники Института говорили, что "так делать необходимо — это важно для суда", другие объяснений не давали, но соглашались с тем, что глубина дефекта может быть преувеличена.

Диагноз узнавания, который основывается на выявлении сходных, в первую очередь позитивных, симптомов, представляет собой неточный диагноз. Он пригоден в какой-то мере при диагностике неосложненных болезней. В более сложных случаях, в частности, при наличии дополнительных вредностей, его использование легко влечет за собой диагностическую ошибку — вместо основного заболевания диагностируется его осложнение. Например, вместо шизофрении, осложненной алкоголизмом, устанавливается только диагноз "алкоголизм". Диагностика "фасадных" расстройств и наблюдалась в первых трех группах подэкспертных. Установлению правильного диагноза в изученных случаях мешал не только используемый диагностический подход, но и клинические особенности шизофрении у обследованных подэкспертных. Как уже говорилось выше, проявления болезни у основного контингента обследованных отличались двумя особенностями. Во-первых, в очень большом числе наблюдений (а если принять во внимание наличие психотравмирующей ситуации, то почти во всех случаях) основное заболевание — шизофрения было осложнено одной, двумя или тремя дополнительными вредностями. Без преувеличения можно сказать, что иследованные подэкспертные относились к смешанным случаям — микстам. Во-вторых, очень часто шизофренический процесс поражал еще не успевшую сформироваться личность, в результате чего возникали психопатоподобные расстройства. Они до определенного момента могли доминировать в клинической картине и оказывать влияние на возникающие позитивные расстройства, в том числе и на расстройства психотического уровня — если последние отличались сравнительно малой интенсивностью. Для нозологической оценки подобных состояний используемый в Институте метод диагностики ("диагноз узнавания", диагноз "по аналогии") не годился. С его помощью можно было диагностировать лишь далеко зашедшие случаи шизофрении. Наблюдения первых трех групп подтверждают сказанное.

В тех случаях, когда процесс протекал регредиентно (обследуемые четвертой группы), при заключительной диагностике повторялись те же ошибки, что и при начальном установлении

диагноза в первых трех группах. Один косвенный, но достаточно убедительный факт свидетельствует о том, что "диагноз узнавания" (диагноз "по аналогии") мог использоваться в Институте при диагностике самых различных болезней и состояний, не вошедших в изученные группы подэкспертных. При обсуждении диагностических заключений ряд сотрудников постоянно употребляет слова "производит впечатление" и "похож": "производит впечатление органика (психопата, шизофреника)", "похож на психопата" и т.д. В этих выражениях откристаллизовался основной принцип "диагноза узнавания" (диагноза "по аналогии") — диагностика по сходству.

Используя "диагноз узнавания" в качестве основного диагностического подхода, сотрудники Института могут установить — да и то в ряде случаев с ошибками — только диагноз болезни. Для вынесения экспертного решения о вменяемости-невменяемости диагноз болезни является достаточным. Однако в Институте бытует мнение, что правильно установленный нозологический диагноз имеет большое значение и для решения вопросов профилактиктики повторных ООД, совершаемых психически больными.

Однако диагноз болезни сам по себе способен дать лишь самые общие ориентиры в решении различных вопросов, касающихся психически больных, в том числе и вопроса о возможности совершения ими повторных противоправных деяний. Ответ на этот и многие другие вопросы в значительно большей степени содержится в индивидуальном диагнозе больного, который учитывает самые различные факторы — как клинические, так и социальные. Из клинических наиболее важными являются: а) возраст начала болезни, а также особенности ее проявления и развития — то есть ее "продольный разрез"; б) препсихотическая личность подэкспертного; в) особенности личностных изменений, привнесенные болезнью. Эти три составляющих в основном определяют медицинский прогноз, с которым тесно связан прогноз социальный — в частности, вопрос о возможности совершения психически больными людьми повторных ООД и о мерах, необходимых для их реабилитации.

В общей психиатрии проведение лечебно-реабилитационных мероприятий постоянно заставляет врачей стремиться к установлению индивидуального диагноза больного. Это стремление проявляется в диагностических заключениях, в которых постоянно упоминаются качественные и количественные оценки состояния больных. Сотрудники Института, судя по исследованному контингенту подэкспертных и личным наблюдениям автора в течение последних лет, ограничиваются пока лишь установлением диагноза болезни.

Психиатр, первоначально работавший в области общей психиатрии, а в последующем ставший судебным экспертом, не может не обратить внимания на слова, постоянно встречающиеся в актах СПЭ и особенно — АСПЭК: "в связи с неясностью клинической картины". Эта формулировка позволяет думать, что эксперты, в силу различных причин, в том числе и объективных, затрудняются установить достоверный диагноз. Подобная ситуация возникает постоянно в самых различных медицинских дисциплинах. Однако выражение "в связи с неясностью клинической картины" представители других медицинских дисциплин не употребляют никогда. Это — изобретение судебных психиатров и используется только ими. В медицине — и в общей психиатрии, в частности — в подобных случаях встречаются следующие формулировки: "предварительный диагноз", "предположительный диагноз", значительно реже — "симптоматический диагноз", "синдромальный диагноз". Эти медицинские заключения в судебной психиатрии и не ночевали. Ведь для установления любого из четырех вышеперечисленных диагнозов необходимо приводить конкретные медицинские термины и тем самым брать на себя хотя бы минимальную ответственность. Всеми силами судебные психиатры, особенно в Москве — в частности, московские АСПЭК — от подобной ответственности уклоняются. В актах СПЭ Института выражение "в связи с неясностью клинической картины" встречается постоянно. Им обосновывают необходимость проведения повторных, нередко многократных, СПЭК.

В тех случаях, когда при заключительной повторной СПЭК устанавливается диагноз "шизофрения", а до этого СПЭК откладывалась "в связи с неясностью клинической картины", обоснование диагностического заключения зачастую таково, что использованные в нем термины, обозначающие личностные изменения, очень часто не могут быть сведены к термину "дефект" или "грубый шизофренический дефект". Здесь можно употреблять слово "дефектище" — подобно тому, как о некоторых психопатических личностях П.Б. Ганнушкин говорил "психопатище" (со слов П.М.Зиновьева).

Какие предположительные выводы можно сделать из сказанного выше? а) Сотрудникам Института недостаточно одного месяца для того, чтобы увидеть отчеетливо измененного психической болезнью человека и осознать это; б) сотрудники Института не желали показывать своих сомнений в связи с тем, что ими мог воспользоваться суд и вызвать в судебное заседание эксперта для разрешения причин сомнений, а это — беспокойство и его следует всячески избегать; в) вообще все сомнения, которые может породить устанавливаемый предположительный или предва-

рительный диагноз, лучше держать при себе и тем самым не создавать возможности прецедентов.

Допустимо предполагать, что приведенные выше факты отражают определенные установки, существующие в Институте. У подавляющего числа исследованных подэкспертных формулировки диагностических заключений отличались от тех, которыми пользуются в общей психиатрии. При диагностике шизофрении почти всегда отсутствовали ее качественные (типы течения) и количественные (синдромальные оценки) характеристики. В некоторых случаях указывалось на наличие "почвы", на которой развивался процесс. У значительного числа лиц с диагнозом "психопатия" отсутствовала качественная оценка аномальных личностных черт. Среди лиц, у которых диагностировалось органическое заболевание центральной нервной системы, очень часто встречались диагнозы, не употребляющиеся в общей психиатрии.

Выявленные особенности диагностических заключений явились поводом просмотреть диагнозы, устанавливаемые СПЭК Института не только в изученных нозологических группах, но и при других болезнях, встречающихся в судебно-психиатрической клинике. С этой целью из картотеки архива Института методом случайной выборки была взята тысяча карточек, содержащих самые различные нозологические диагнозы.

Шизофрения в целом диагностировалась так же, как и у исследованных подэкспертных. Иногда встречались необычно сформулированные диагнозы этой болезни: "парафренный синдром шизофренического происхождения"; "психотическое состояние шизофренического генеза"; "шизофреноподобный дефект в виде интеллектуальных расстройств"; "галлюцинаторно-бредовой синдром шизофренической природы"; "шизофренический дефект после перенесенной шизофрении, хронический алкоголизм"; "шизофрения, циркулярное течение, галлюцинаторно-параноидная форма, ремиссия"; "начальные проявления шизофренического процесса"; "обнаруживает постпсихотические изменения личности, характер которых таков, что он не может отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими; в прошлом — приступ шизофрении".

Диагностические заключения органических заболеваний ЦНС, взятые из картотеки, оказались также во многом сходными с теми, которые диагностировались у иследованных подэкспертных: "органическое поражение ЦНС с некоторыми изменениями психики"; "травматическое поражение головного мозга в виде определенной неврологической симптоматики"; "выраженые изменения со стороны психики на фоне органического поражения ЦНС травматического характера и хронического алкоголизма с частыми психотическими состояниями"; "органическое по-

ражение ЦНС с выраженными изменениями психики (шизофреноподобный синдром)"; "органическое поражение головного мозга сложного генеза (алкоголизм и черепно-мозговая травма) с выраженными изменениями психики"'; "органическое травматическое поражение головного мозга; патологическая декомпенсация"; "признаки органического поражения головного мозга инфекционного генезиса с некоторыми изменениями со стороны психики"; "обнаруживает признаки психического заболевания в форме травматического психоза"; "органическое поражение головного мозга сложного генеза с некоторыми изменениями личности"; "психическим заболеванием не страдает, имеются остаточные явления органического поражения головного мозга (последствия перенесенного в детстве менинго-энцефалита в виде глухонемоты, психического инфантилизма и некоторой интеллектуальной ограниченности)"; "органическое поражение ЦНС сложного генеза (возможно, внутриутробное поражение, хронический алкоголизм) с выраженными изменениями психики"; "органическое заболевание ЦНС сложной этиологии (малярия, артериосклероз), невменяем"; "органическое поражение ЦНС (атеросклероз мозговых сосудов, травма), не исключена возможность сифилитического процесса; алкоголизм"; "умственная ограниченность в степени дебильности специфической этиологии"; "органическое поражение ЦНС (псевдопаралитический синдром, возможно, специфического характера) с выраженными изменениями психики"; "некоторые признаки специфического (сифилитического) поражения головного мозга"; "психическим заболеванием не страдает, а обнаруживает признаки сифилиса головного мозга с некоторыми изменениями психики"; "органическое слабоумие с алкогольной деградацией личности"; "органическое поражение ЦНС (травма, хорея Гантингтона)"; "органическое поражение ЦНС (хорея Гантингтона) с выраженными изменениями психики"; "значительное снижение интеллекта".

Диагностика олигофрении отличалась рядом сходных особенностей: "умственная недостаточность в степени глубокой дебильности"; "недоразвитие психики, дебильность вследствие перенесенного в детстве органического поражения ЦНС, простое алкогольное опьянение"; "остаточные явления перенесенной травмы головного мозга в раннем детстве с задержкой психофизического развития, психопатизацией личности и эпилептиформным синдромом"; "остаточные явления раннего поражения головного мозга с изменением интеллекта (ограниченностью, умственным недоразвитием, неврозоподобными реакциями)"; "обнаруживает симптомы органического поражения головного мозга (возможно, как следствие внутриутробного поражения ЦНС) с признаками умственного недоразвития — олигофрения в степени выражен-

ной дебильности"; "остаточные явления (внутриутробного) поражения ЦНС с чертами умственной ограниченности и психопатизацией личности; состояние декомпенсации психотического характера"; "слабоумие в степени выраженной дебильности, травматическое поражение ЦНС, алкоголизм"; "отсталость психического развития с интеллектуальной ограниченностью"; "остаточные явления органического поражения головного мозга (родовая травма, менингит) с явлениями умственной ограниченности в степени умеренной дебильности"; "признаки врожденной умственной отсталости, степень которого такова, что его можно приравнять к душевному заболеванию"; "признаки врожденной умственной недостаточности"; "интеллектуальная недостаточность, возможно,вследствие заболевания головного мозга, перенесенного в детстве".

Обращают на себя внимание особенности диагностической оценки исключительных состояний: "остаточные явления травмы головы. В период правонарушения — патологическое опьянение (эпилептиформная форма)"; "психопатическая личность, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертония; исключительное состояние с явлениями мерцающего сознания"; "остаточные явления травматического поражения головного мозга; в момент правонарушения — патологическое опьянение; алкоголизм'"; "органическое поражение ЦНС (нейроинфекция, травма) с некоторыми изменениями психики; не исключена возможность инициальной шизофрении; патологический аффект"; "остаточные явления органического поражения головного мозга с психопатизацией личности, со склонностью к возникновению реактивных состояний; во время правонарушения — временное болезненное расстройство психической деятельности (патологическое изменение сознания, напряженный аффект, психомоторное возбуждение, агрессивность, автоматизированные действия и далее — глубокий сон)"; "органическое поражение ЦНС (травма, артериосклероз); патологическое просоночное состояние".

Среди психогенно обусловленных психических расстройств встречались следующие диагностические заключения: "признаки затяжного реактивного параноида"; "ситуационно обусловленные обманы восприятия (после ареста)"; "параноидный синдром; реактивный параноид"; "психогенное расстройство"; "состояние выраженной эмоциональной напряженности; после правонарушения — кратковременное реактивное состояние"; "реактивная депрессия в степени раптуса"; "психогенная декомпенсация (после ареста)"; "реактивная депрессия у психопатической личности в инволюционном периоде"; "здоров; эмоциональное напряжение", "реактивное состояние с синдромом кататонического возбуждения";"аффективное напряжение, не нося-

щее болезненного характера; после правонарушения — реактивная депрессия".

Диагностические заключения различных нозологических форм: "психопатия с циклотимическими фазами; признаки реактивного состояния"; "психопатические черты характера; алкоголизм; в прошлом — психотическое состояние, возможно, шизофренической природы, не оставившее изменений со стороны психики"; "алкоголизм; в прошлом — психотическое состояние шизофренической природы; простое алкогольное опьянение"; "психопатические черты характера и ситуационная подавленность"; "МДП в форме циклотимии"; "выраженные изменения психики у личности, страдающей циклотимией в связи с присоединившимся соматическим заболеванием (не исключен шизофренический процесс)"; "параноидное развитие у психопатической личности (не исключена возможность шизофрении)"; "психопатические особенности личности с некоторой склонностью к сексуальным перверзиям"; "паранойяльное развитие личности на фоне длительного соматического заболевания (хронический гастрит, холецистит, панкреатит) — стойкие идеи ревности"; "характерологические особенности, которые не складываются в психопатическую структуру личности"; "психопатическая личность параноидного круга"; "психопатические черты характера с явлениями социальной запущенности, после ареста — временное расстройство душевной деятельности экзогенной природы"; "признаки сутяжно-паранойяльного синдрома с чертами маниакального поведения на почве церебрального атеросклероза; в период инкриминируемого ему деяния находился в состоянии расстроенной психической деятельности"; "обнаруживает признаки психического заболевания в форме паранойяльного бредового синдрома у психопатической личности с перенесенными травмами черепа в анамнезе"; "бредовой синдром, хронический алкоголизм, психопатические черты характера"; "начальный атеросклероз и склонность к злоупотреблению алкоголем; острый алкогольный параноид"; "параноидный синдром на почве глухонемоты"; "психическим заболеванием не страдает; обнаруживает признаки органического поражения ЦНС на почве черепно-мозговой травмы и ревматической инфекции; невменяем"; "паранойяльный синдром, развившийся у примитивной и физически ослабленной личности"; "психопатологические особенности, резко усилившиеся в пубертатном возрасте; алкоголизм"; "страдает психическим заболеванием в форме параноидного (бредового) синдрома сложного происхождения, развившегося на фоне тяжелого соматического заболевания (инволюция, склероз), осложненного систематическим злоупотреблением алкоголя"; "галлюцинаторно-параноидный синдром алкогольно-токсической этиологии"; "психическое заболевание в форме со-

матического психоза с бредовым ипохондрическим синдромом"; "в прошлом — болезненное расстройство психической деятельности; в настоящее время — заострение характерологических черт в инволюционном периоде"; "алкогольный психоз"; "склонность к алкоголизму; в момент правонарушения находился в состоянии остро возникшего психотического состояния — алкогольного галлюциноза".

Главными особенностями перечисленных диагностических заключений являются выраженное обеднение позитивных и негативных расстройств психопатологическими определениями с их заменой словами немедицинского характера и неопределенного содержания: "склонность", "особенность", "черты", "признаки", "некоторые изменения" и т.д., постоянное использование слов, якобы раскрывающих этиологию болезни, неумение определить место расстройства, являющегося в диагнозе основным, неумение формулировать диагноз коротко и четко, использование диагнозов, не употребляемых в общей психиатрии.

При чтении приведенных выше диагностических заключений невольно возникает мысль, как могли бы выглядеть диагнозы других медицинских дисциплин, используй их представители методику построения диагноза, широко распространенную в Институте. В этом случае можно было бы ожидать, что у акушеров-гинекологов появились бы такие диагностические заключения: "склонность к маточным кровотечениям"; "некоторые признаки беременности"; "некоторые изменения размеров матки"; у хирургов — "некоторые признаки острого живота"; "некоторые признаки рака прямой кишки" и т.д. А если бы подобные заключения выносились экспертными комиссиями соответствующих медицинских дисциплин?

Анализ диагностических заключений позволяет считать, что сотрудники Института могут создать — точнее, уже создали — основу для выработки собственной классификации психических болезней. Тот факт, что среди просмотренных диагностических заключений оказалось несколько таких, какие используются в общей психиатрии, дела не меняет. Число их оказалось невелико, что позволяет привести их все. "Шизофрения. Простая форма". "Вялотекущая шизофрения. Депрессивно-ипохондрический синдром. Симптоматический алкоголизм". "Шизофрения с непрерывно прогредиентным течением. Парафренный этап". "Шизофрения, параноидная форма с парафренными включениями". "Олигофрения в степени глубокой дебильности; мориоподобный синдром". "Олигофрения в степени выраженной дебильности". "Патологическое опьянение. Эпилептоидная форма". "Психопатическая личность истерического круга". Ясен диагноз. Без дополнительных разъяснений понятно экспертное

решение. В случае диагностики шизофрении возможно сделать некоторые прогностические выводы.

Проведенное исследование выявило две основные причины диагностических ошибок, допущенных сотрудниками Института: а) нарушение существующих в психиатрии методов обследования — в частности, принципов медицинской деонтологии и б) несовершенство диагностического подхода, имевшее тем большее значение, что объектом диагностики, как показало проведенное исследование, являлись подэкспертные, болезнь которых очень часто отличалась сложностью клинической картины. Аналогичные причины диагностических ошибок — уже на основании личного опыта — были отмечены автором у ряда обследуемых, проходивших СПЭ в Институте за последние 4 года.

Сказанное позволяет сделать обоснованный вывод: по крайней мере на протяжении последних 30 лет в Институте с постоянством допускаются одни и те же ошибки при диагностике шизофрении. Правомерно сделать предположение, что ошибочная диагностика этой болезни в известной степени возведена здесь в систему. Вряд ли причины допущенных ошибок диагностики носят в работе сотрудников Института случайный характер. Возможно, они связаны с особенностями современной судебной психиатрии и тех лиц, которые ее представляют.

"Судебная психиатрия неотделима от общей психиатрии, но обладает своими особенностями"[1]. Перед тем, как рассмотреть эти особенности, следует отметить условия, которые создали научную психиатрию, способствовали ее развитию и в последующем повлекли за собой выделение различных ее отраслей. В их число входит и судебная психиатрия.

С момента появления психиатрии как отдельной медицинской дисциплины и на протяжении последующих двухсот лет два основных условия способствовали ее существованию и развитию: а) организованная и систематическая борьба за права и достоинство психически больных и б) непрекращающиеся поиски лечебных мер, способных если и не вылечить, то, во всяком случае, смягчить проявления возникшей болезни. В различные периоды развития психиатрии на первый план выступало то одно, то другое из этих условий, — но всегда отмечалось их неразрывное сосуществование. Сохранение этих условий влекло за собой постоянное углубление знаний во всех разделах учения о психических болезнях, в том числе и в вопросе совершенствования методов их диагностики. Нарушение любого из этих двух условий — особенно первого — всегда в той или иной степени замедляло развитие психиатрии. Германия в период фашизма и Советский Союз в 30-х, а позже — начиная с 60-х гг. показали это со всей

[1] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 5.

очевидностью. Соблюдение отмеченных условий являлось необходимой предпосылкой успешного развития и выделившихся из психиатрии отдельных ее разделов.

Положение судебной психиатрии в Советском Союзе не способствовало тому, чтобы следовать уже проверенным на практике путем. Одной из причин особого развития судебной психиатрии в нашей стране является необычайно тесная ее связь с КГБ, МВД и их научными учреждениями. Частично эта свяэь проявляется в том, что "судебная психиатрия служит советскому правосудию"[1].

Это служение распространено преимущественно на ту ее часть, которая связана с пенитенциарной системой.

Советскую пенитенциарную систему характеризует ряд особенностей — в частности, обвинительный уклон и равнодушие к личности и судьбе осужденных, наиболее отчетливо проявляющиеся в местах лишения свободы. Связь с пенитенциарной системой оказывает на судебную психиатрию свое влияние. Это проявляется в том, что судебные психиатры, и в их числе сотрудники Института, применяют методы психиатрического обследования подэкспертных, которые во многом отличаются от принятых в общей психиатрии — в частности, нарушают деонтологические принципы.

Пенитенциарная система — та ее часть, которая связана с судопроизводством — оказывает влияние на отношение судебных психиатров, в том числе и сотрудников Института, к диагностике психических болезней и, как следствие — на принятие экспертных решений. В 1857 году В.Ф.Саблер писал: "Для судьи нет среднего человека: человек либо сумасшедший, либо здравомыслящий, но для врача между этими двумя крайностями существуют переходные состояния"[2]. Для суда вопрос о соотношении психической болезни и психического здоровья остается прежним и на сегодняшний день. В судебной психиатрии эта точка зрения нашла свое отражение в решении диагностических и экспертных вопросов. В частности, это каается и диагностики шизофрении.

Анализ клинической картины подэкспертных четвертой группы, у которых первоначально была диагностирована шизофрения, показал, что во всех случаях у обследуемых при первой (первых) СПЭ существовали манифестные психозы, то есть "сумасшествие". Из 100 других произвольно выбранных автором подэкспертных с первоначально установленным в Институте диагнозом шизофрении у подавляющего числа отмечались расстройства, аналогичные тем, которые были у подэкспертных

---

[1] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 5.

[2] Цитировано по: Баженов Н.Н. История Московского Доллгауза. М., 1908. С. 120.

четвертой группы, и лишь в нескольких случаях — тяжелый шизофренический дефект. Только несомненные симптомы "сумасшествия" влекли за собой установление в Институте диагноза "шизофрения".

У большинства подэкспертных второй и третьей групп, у которых в период первых СПЭ симптомы сумасшествия не были вскрыты, а существовавшие симптомы не были соответствующим образом расценены — в частности, были отнесены к проявлениям симуляции — в обосновании диагноза постоянно встречалась фраза: "психотических симптомов (бреда, галлюцинаций и т.п.) не выявлено". Так эксперты желали подчеркнуть несомненное отсутствие "сумасшествия" — и на этой основе вынести экспертное решение. То, что у всех этих лиц встречались разнообразные психические расстройства, в том числе и психотического уровня, а у подавляющего большинства — еще и отчетливые личностные изменения, в расчет не принималось.

Сотрудники Института охотно говорят о патоморфозе психических болезней, в частности, шизофрении, о появлении стертых форм психических болезней. В действительности стертые психические расстройства в диагностической и экспертной практике Института в расчет не принимаются. По-прежнему для установления диагноза шизофрении необходимы не вызывающие сомнения проявления "сумасшествия".

Именно неосознанная — а, возможно, и сознательная — недооценка тяжести выявленных у подэкспертных психических нарушений повлекла за собой такую диагностику и такие экспертные решения, благодаря которым из 356 подэкспертных первых трех групп 1/3 (127 человек), будучи психически больными людьми, были направлены в места лишения свободы, а часть из них в последующем была осуждена повторно, в ряде случаев неоднократно. К числу лиц, направленных в ИТК после первой СПЭ в Институте, следует добавить еще 26 человек с окончательным диагнозом "шизофрения", которые в настоящее исследование не вошли (см. раздел "Общая характеристика подэкспертных, болевших шизофренией, в отношении которых были допущены диагностические ошибки").

Число осужденных психически больных среди исследованных подэкспертных оказалось на самом деле значительно больше: у 2/3 лиц, входящих в четвертую группу, в актах заключительной СПЭ и особенно в историях болезни, относящихся к этому периоду, автору удалось выявить процессуальные расстройства — как позитивные, так и, особенно, негативные. Они существова-

ли, несмотря на “активное”[1] стремление сотрудников Института игнорировать их или просто скрыть.

Из 58 обследованных четвертой группы, которым диагноз шизофрении был изменен при заключительной СПЭ, лишь в одном случае первоначально установленный диагноз не подтвердился наблюдениями автора.

А: “Думаю, что сотрудники Института невольно способствовали усилению пенитенциарной системы. Причем не в большей мере, чем все наше рабски-пассивное коммунистическое общество”.

“Судебные психиатры должны широко использовать терапевтические средства, применяемые в общей психиатрии. Многолетний опыт Института Общей и судебной психиатрии по лечению подэкспертных в период экспертизы...”[2]. В этих фразах имеется значительная, если не сказать больше, доля преувеличения. Сотрудники Института, действительно, используют психотропные средства — но не столько с целью собственно лечения, сколько из необходимости нормализовать на определенное время поведение подэкспертных. Следует отметить, что настоящее лечение в период СПЭ проводить невозможно и по формальной причине: срок пребывания обследуемого на СПЭ обычно составляет один месяц. Однако за такой срок можно подобрать необходимые для лечения лекарственные средства и в части случаев — установить их оптимальные дозы[3].

Молодые эксперты часто задают вопросы, какими препаратами следует лечить того или иного подэкспертного, какими должны быть дозы, и, кроме того, в ряде случаев просят дать схему лечения. Из 414 изученных подэкспертных, сведения о которых отражены в 1000, а, может быть, и в большем числе актов, указания на лечение психотропными средствами упомянуты лишь несколько раз. У одного подэкспертного были приведены в акте

---

[1] Слово “активно” очень часто употребляется сотрудниками Института. Например, когда хотят в чем-то “уличить” подэкспертного: “активно защищается”.

[2] Судебная психиатрия. Руководство для врачей. С. 8.

[3] Вскоре после событий 1905 года, в связи с резким увеличением числа смертных казней (в период между 1896 и 1904-1905 гг. в России ежегодно подвергались казни в среднем 15 человек), русские врачи выпустили книгу, которая называлась “Против казней”. Она открывалась статьей Н.Н Баженова “Психология казнимых”. Автор статьи доказывал, что психическое состояние человека, приговоренного к смертной казни, может быть расценено как “экспериментальный психоз”. По мнению Н.Н.Баженова, общество не имело нравственного права подвергать психику человека подобным мучениям. Данная мысль может быть распространена и на ситуацию, существующую в Институте. Среди подэкспертных, направляемых на принудительное лечение, нередко имеются больные с симптомами манифестного психоза. Благодаря эмоциональным изменениям, проявления психоза могут быть “тихими”, а поведение подэкспертного — упорядоченным, но это вовсе не значит, что больные не страдают. Неоказание своевременной помощи психически больному является грубым нарушением врачебного долга.

данные об общем количестве полученного им во время пребывания на СПЭ стеллазина. Еще у одного подэкспертного, лечившегося инсулином, отмечено число проведенных ему коматозных состояний. Сотрудники Института мало уделяют внимания терапии, которая применялась к подэкспертным в период их нахождения на принудительном лечении, и почти ничего не сообщают о том, как лечились подэкспертные в психиатрических учреждениях до того, как в Институте им была проведена первая СПЭ. Все это свидетельствует о минимальном интересе судебных психиатров к тому виду терапии, применение которого, без сомнения, составляет эпоху в истории психиатрии. Таким образом, сотрудники Института на сегодняшний день остаются лишь диагностами. Врачебное начало в них крайне слабо или просто отсутствует.

Особенность судебной психиатрии состоит еще и в следующем. В обычном психиатрическом учреждении, например, в больнице, определение психического состояния больного, а в последующем — и нозологического диагноза является во всех случаях лишь началом зачастую многолетнего общения больного с врачом. На протяжении этого общения врачи психиатрических больниц, так же как и психиатрических диспансеров, могут видеть результаты своих действий — ошибочных или верных. Возможность проследить дальнейшую судьбу больного, то есть знание его катамнеза — непременное условие успешной помощи психически больным и определения индивидуального прогноза болезни. Продолжительное общение с психически больным, наличие в той или иной степени положительных результатов лечения делают врача сопричастным его судьбе и позволяют увидеть в "сумасшедшем" или "психопате" человека со многими присущими ему индивидуальными личностными особенностями. Больной предстает перед врачом не только в качестве объекта лечения, но и как человек, страдающий и от болезни, и от ее последствий. Продолжительное общение с психически больным вызывает в лечащем враче, пусть и помимо его воли, чувство сопереживания. Если такое чувство возникло, сознательно подавить его потом трудно, во многих случаях просто невозможно.

В судебной психиатрии установление диагноза и вынесение соответствующего экспертного решения означает, как правило, конец общения эксперта с обследуемым. Конечно, чувство сопереживания обследуемому, страдающему психическим заболеванием, свойственно и судебным психиатрам. Только оно кратковременно. Обследуемый для эксперта — проходящая фигура. Повторная встреча с ним — редкость. Последующая судьба подавляющего числа лиц, проходящих СПЭ, остается для эксперта неизвестной. Судебные психиатры на практике не знают совсем или знают плохо, каков катамнез тех подэкспертных, которых

они когда-то вели. Обычно у судебного психиатра нет обеспокоенности дальнейшей судьбой обследованных им подэкспертных. Судьба одних вверяется врачам психиатрических больниц, в которых проводится принудительное лечение, других — сотрудникам пенитенциарной системы.

Особенность судебной психиатрии проявляется еще и в том, что эксперты постоянно сталкиваются с противоправными деяниями, зачастую крайне жестокими. Это обстоятельство способствует выработке у них различных форм психологической защиты — таких, например, как негодование, или, напротив, равнодушие к совершенным противоправным деяниям. Эти чувства подсознательно переносятся на тех, кто их совершил, возможно, безотносительно к тому, является человек здоровым или больным.

В медицине, в том числе и в общей психиатрии, врач несет ответственность за совершенные им ошибки перед вышестоящими инстанциями. Судебные психиатры такой ответственности не несут — их действия бесконтрольны. Если общие психиатры за последние 30 лет могли видеть положительные результаты своего труда в связи с лечением психически больных психотропными средствами, если за этот период они начали осознавать значение своего нравственного влияния на пациентов, если за это время продвигалась как-то вперед организация психиатрической помощи, — то в судебной психиатрии все остается по-старому и основная роль экспертов практически не изменилась: их задача — установить диагноз и принять экспертное решение. Тому, кто имеет возможность наблюдать практическую деятельность сотрудников Института, она представляется как бы окаменевшей.

Существует еще одна черта — в чем-то объединяющая, но во многом разделяющая общую и судебную психиатрию. "Необычные для остальной медицины аксессуары, которые еще необходимы в нашей специальности — запертые двери, элементы насилия, постоянная опека над больным и т.д., еще отпугивают людей, даже высоко интеллигентных, но не желающих вдуматься в существо дела, от психиатрии. Психиатров часто боятся, за ними оказывается какая-то власть, сущность и границы которой понимаются совершенно неправильно"[1]. Если за общими психиатрами и кроется какая-то власть, то при соблюдении ими врачебного долга сами они ее никогда не используют. У представителей судебной психиатрии эта власть конкретна. Она определяется тем, что ими решаются судьбы людей, — и судебные психиатры хорошо об этом осведомлены. Ощущение власти над другими не проходит без последствий. Оно способно повлечь за собой уве-

[1] Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1964. С. 259.

ренность в праве распоряжаться чужой судьбой, чувство превосходства, а в практической деятельности, когда нет обратной связи — чувство своей непогрешимости и, как следствие, ослабление или утрату сомнений в профессиональной правоте.

В какой мере эти, вырабатываемые у сотрудников Института, качества влияют на их отношение к мнениям других психиатров, и в их числе тех, кто занимается судебной психиатрией, сказать трудно. Во всяком случае, сотрудники Института, как правило, не принимают в расчет мнения ни общих, ни — в большинстве случаев — других судебных психиатров, если они не совпадают с их собственными. Редкость опровержений предшествующих диагностических заключений вообще и почти полное отсутствие грамотно аргументированных опровержений в частности подтверждают сказанное[1].

А: "При спорных случаях сотрудники Института очень редко шли на компромисс со СПЭ других городов. Редкое исключение представляли ленинградские комиссии".

Установление диагноза и принятие экспертного решения — основа практической клинической работы сотрудников Института. Это позволяет считать, что связь судебной психиатрии с психиатрией общей на сегодняшний день отсутствует. Эта связь существует теоретически — что видно, например, по содержанию ряда клинических глав двух последних руководств по судебной психиатрии (1977, 1988), — но не в практической работе. Отдаление от общей психиатрии не случайно. Оно происходит, в частности, по той причине, что Институт судебной психиатрии имени В.П.Сербского поддерживает тесные взаимоотношения не с психиатрическими научно-исследовательскими институтами, занимающимися разработкой самых различных клинических проблем — в том числе и проблемы шизофрении — а с правоохранительными учреждениями. Последние представляют собой замкнутые, цеховые, корпоративные системы, строго охраняющие свои установки с помощью выработанных и неукоснительно соблюдаемых регламентаций. Те, кто поддерживает с ними связь — и в их числе Институт судебной психиатрии имени В.П.Сербского — перенимают выработанные там правила.

[1] Вместе с тем, при установлении комиссиями Института заключительного диагноза шизофрении в первых трех группах подэкспертных в его обосновании постоянно можно было встретить ссылку на то, что "о диагнозе "шизофрения" свидетельствуют также предшествующие стационирования испытуемого в психиатрические больницы с тем же диагнозом". Обоснование установленного диагностического заключения не приводилось — констатировался лишь сам его факт.

По этой причине Институт все в большей степени (во всяком случае, до последнего времени) превращался в замкнутую систему среди других научных психиатрических институтов — систему со строгой регламентацией. Тот, кто не знает внутренних механизмов работы Института, может судить о ее наличии лишь по отдельным косвенным признакам.

В середине 50-х гг. в Институт перешли работать лица, окончившие клиническую ординатуру и аспирантуру ЦИУ, а позже (в 70-х гг.) — младшие научные сотрудники Института психиатрии АМН СССР. У всех этих лиц была хорошая предварительная подготовка по общей психиатрии, навыки обследования психически больных, умение писать хорошие, в части случаев — превосходные истории болезни и проводить их анализ, позволяющий устанавливать обоснованный, в том числе и методический, диагноз болезни[1]. Среди исследованной автором документации имелись и акты СПЭ, написанные представителями этих двух "волн эмиграции". По своему содержанию они ничем не отличались от актов, написанных "коренными" сотрудниками Института. Если бы не подпись под актом, невозможно было бы догадаться, что его писал человек, совсем недавно представлявший на конференциях ЦИУ или Института больных, в историях болезни которых нельзя было "ни прибавить, ни убавить". Сходные изменения претерпели и акты ряда других врачей, перешедших на работу в Институт из других учреждений общей психиатрии.

Последующая судьба тех, кто перешел работать в Институт из ЦИУ и Института психиатрии АМН СССР, была следующей: 7 человек достаточно быстро оставили работу в Институте судебной психиатрии, 5 человек на долгие годы связали с Институтом свою деятельность. Из последних двое не принимали участия в экспертной работе. Такая быстрая перестройка сложившихся клиницистов может быть объяснена рядом причин, среди которых — и необходимость подчиниться условиям существующей в Институте регламентации.

Из Института уходили и уходят не только те, кто ранее работал в области общей психиатрии. К настоящему времени участились уходы и тех, кто работал в Институте изначально. Работа в Институте судебной психиатрии имени В.П.Сербского требует от сотрудников соблюдения и других условий. Хорошо известно, что эксперт обладает правами и обязанностями. Одно из прав — право на особое мнение. Далеко не всегда отделение, представляющее обследуемого на СПЭК, соглашается с диагностическим и экспертным заключением председателя комиссии. Обычно

[1] Снежневский А.В. Общая психопатология. С. 181; Морозов Г.В . Руководство по психиатрии. Т. 1. С. 235.

возникающие разногласия сглаживаются компромиссными решениями. Одним из них может явиться согласие председателя комиссии на то, чтобы повторную комиссию проводил другой председатель. Если сотрудники отделения достаточно твердо убеждены в том, что подэкспертный является психически больным человеком, они могут стремиться к тому, чтобы новый председатель не был, по возможности, самоуверенным и упрямым человеком. Свойства характера нового эксперта имеют зачастую определяющее значение в решении диагностических и экспертных вопросов. Новый председатель больше прислушивается к мнению сотрудников отделения, которые обычно лучше знают обследуемого, чем председатель комиссии, беседующий с ним непродолжительное время. Случается, что и при повторной комиссии мнение сотрудников отделения не разделяется председателем. Для решения подобных спорных случаев и может быть использовано особое мнение.

Применяется ли такое предоставленное эксперту право на практике? Сотрудники, многие годы проработавшие в Институте, иногда ответят, что кто-то такое мнение когда-то написал. Достоверно известно об одном лишь случае, бывшем лет 20 тому назад. Особое мнение написал психиатр-эксперт, имевший многолетний опыт работы в общей психиатрии и хорошо знавший судебную психиатрию. Достаточно сказать, что он принимал участие в экспертных комиссиях, в которые допускается лишь строго ограниченное число сотрудников Института. Этот человек написал особое мнение, защищавшее право психически больного человека. С его мнением был согласен сотрудник Института профессор К., поддержавший инициативу написания особого мнения. Тем не менее, этот поступок был расценен рядом экспертов, работавших в Институте, как "возмутительный", подрывающий авторитет учреждения. В последующем автор особого мнения перешел на другое место работы. Среди причин, побудивших его к уходу из Института, определенное значение имело и написанное им ранее особое мнение. В руководстве по судебной психиатрии (1988) о праве эксперта на особое мнение следовало хотя бы упомянуть.

Анализ причин ошибочной диагностики, допущенной сотрудниками Института, закончен. Его правомерно сопоставить с аналогичным анализом, который провели сотрудники Института в отношении ошибочной диагностики шизофрении первичными СПЭ периферии. Вот основные выводы сотрудников Института.

1) Вместо шизофрении первичными СПЭ периферии чаще всего диагностировалась психопатия, на втором и третьем местах — реактивные состояния и органические поражения центральной нервной системы. Число ошибочных диагнозов при шизофрении или остается на одном уровне, или имеет тенден-

цию к увеличению — в любом случае существует гиподиагностика шизофрении.

2) Среди подэкспертных преобладают лица, заболевшие в детском-юношеском возрасте. Первоначально болезнь определяется вялым течением с преимущественно психопатоподобными расстройствами, позже сменяющимися манифестными психозами — чаще всего в рамках непрерывной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, среди которых в 93% отмечались среднетяжелые и тяжелые случаи болезни.

3) 2/3 больных с нераспознанной первичными СПЭК шизофренией в прошлом лечились с этим диагнозом в психиатрических больницах, в которых у них были выявлены продуктивные и негативные психопатологические симптомы.

4) К моменту установления правильного судебно-психиатрического диагноза длительность болезни составляла 10-20 лет.

5) У части больных заболевание началось задолго до того, как ими были совершены противоправные деяния, повлекшие за собой направление на СПЭ.

6) Большой процент ошибочной диагностики (более чем у 1/3 подэкспертных) зависел от того, что поведение подэкспертных расценивалось как симулятивное.

7) Чаще всего неправильно диагностируются состояния, в которых выражены психопатические (психопатоподобные) расстройства — в частности, состояния, квалифицируемые как "глубокая психопатия".

Причины ошибочной диагностики шизофрении первичными СПЭК, выявленные сотрудниками Института.

1) Низкое качество анамнестических сведений, касающихся всех разделов анамнеза: наследственного отягощения, психопатологических нарушений детского-юношеского возраста, просмотр возникавших в эти периоды манифестных психических расстройств — в частности, психозов.

2) Недоучет или игнорирование данных медицинской документации — в том числе игнорирование ранее установленного в медицинских учреждениях диагноза шизофрении.

3) Наличие в прошлом криминального поведения — исключающего, по мнению первичных СПЭ, диагноз шизофрении.

4) Ошибочные оценки психического состояния подэкспертных в период СПЭ ("упорядоченное" поведение, "активная" защита и т.п.), переоценка "психопатического" поведения, существующего одновременно с симптомами психоза, в частности,

13 Зак. 500

могущего проявляться большим синдромом[1] (например, парафренным.

5) Преимущественная диагностика болезни по психическому статусу и игнорирование анамнестических сведений — то есть установление диагноза на основании "поперечного", а не "продольного" разреза болезни (K.Schneider).

6) Особенности методологии диагностических подходов: а) диагностика, основанная на этиологическом принципе; б) переоценка "метода аналогии" — то есть использование "диагноза узнавания" (диагноза "по аналогии").

Сопоставление выводов сотрудников Института в отношении первичных СПЭ с выводами автора, сделанными им при анализе ошибочной диагностики шизофрении самими сотрудниками Института, выявляет их большое сходство, в ряде случаев — идентичность. Можно сделать вывод, что Институт судебной психиатрии имени В.П.Сербского в определенной мере создает психиатров периферии "по своему образу и подобию".

Какими являются тенденции развития диагностически-экспертной работы в Институте в ближайшие полтора-два десятилетия в случае неизменности существующих установок? Для этого необходимо кратко определить профессиональные особенности сотрудников Института и лиц, работавших в тесном общении с ними на протяжении различных периодов существования Института.

В 20-х-50-х гг. ведущее положение в Институте заняли эксперты, имевшие глубокую предварительную подготовку в области общей психиатрии и отличавшиеся широким общим образованием: Д.А.Аменицкий, А.М.Дубинин, И.Н.Введенский, М.И.Затуловский, Е.К.Краснушкин, Е.Н.Добвня, А.Н.Бунеев, Я.М.Калашник, А.И.Молочек. В последующем контингент сотрудников Института в значительной мере пополнялся лицами, имевшими чаще сравнительно небольшой стаж работы в общей психиатрии (3-5 лет) и уступавшими в связи с этим предшествующему поколению экспертов по широте специальных, да и общеобразовательных знаний. С конца 70-х гг. число сотрудников Института начало пополняться в значительной мере лицами, только что окончившими медицинские вузы. Их принимали в клиническую ординатуру, а часть из них сразу же начинала работать психиатрами-экспертами. Знания общей психиатрии те и другие могли получить на циклах специализации кафедры психиатрии ЦИУ. Последующего закрепления, углубления и расширения знаний

[1] "Синдром большой (в психиатрии) — общее название сочетаний различных психических расстройств (бредовых, депрессивных, маниакальных и др.), развивающхся в результате генерализации и утяжеления психоза". Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1984. Т. 3. С. 104.

общей психиатрии у лиц, прошедших специализацию, не происходило. Это зависело, во-первых, от того, что контингент лиц, проходящих СПЭ в Институте, резко отличается от контингента больных обычных психиатрических учреждений. Во-вторых, существующие в Институте установки не способствуют сохранению знаний общей психиатрии. Поэтому с самого начала своей профессиональной деятельности такие эксперты рискуют остаться на всю последующую жизнь в лучшем случае узкими специалистами с психологией и установками, свойственными сотрудникам корпоративных учреждений.

Сейчас (1994 год) автор с достаточной уверенностью может сказать: в Институте у начинающих экспертов в подавляющем большинстве отсутствует стремление к расширению профессиональных знаний. Они быстро и легко усваивают немногочисленные шаблоны, необходимые для написания актов СПЭ, и этим ограничиваются. Такой вывод сделан на основании занятий с начинающими экспертами, которые автор проводит с 1990 года. Личный опыт показал, что молодые эксперты мало, а то и вовсе не читают специальную литературу, которую им рекомендуют прочесть в связи с разбором болезни конкретного подэкспертного. Усвоив установки Института, молодой эксперт, возможно, начинает понимать, что приобретаемые на занятиях знания скорее помешают, чем помогут ему — и в работе, и при написании диссертации на соискание ученой степени, если такая возможность ему предоставится, — а с получением ученой степени резко повышается шанс войти в среднее звено сотрудников Института.

А: “Не было систематического и гибкого профессионального совершенствования. Как таковой, подготовки кадров не было. Конференции редки из-за самомнения и переоценки как руководителей, так и “рядовых” психиатров. Пассивность и равнодушие, наряду с заносчивостью, позволяли обходиться и без разборов, и без конференций.

P.S. Может быть, я несколько сгустил краски. Прошу извинения”.

К настоящему времени значительное число этих экспертов является средним звеном сотрудников Института. Именно на них лежит обязанность подготавливать один из источников доказательств по делу — акт судебно-психиатрической экспертизы. В течение ближайших 5-10 лет часть этих плохо образованных в области общей психиатрии сотрудников примет заведование большинством или даже всеми клиническими отделами Института. Осенью 1993 года автору сообщили, что ряд сотрудников Института считает клинические исследования исчерпавшими себя. По их мнению, Институт должен в первую очередь разрабатывать теоретические проблемы судебной психиатрии. Какие по-

следствия это будет иметь для клинической стороны судебно-психиатрической практики самого Института, а вслед за ним — и за его пределами? За правильный ответ не нужно устанавливать премию. В свое время П.Б.Ганнушкин писал: "Большая беда заключается в том, что детской, пограничной, судебной психиатрией сплошь и рядом занимаются врачи, не имеющие предварительной основательной подготовки по общей психиатрии"[1]. П.Б. умел предвосхитить будущие проблемы клинической психиатрии. Он не мог в свое время предвосхитить того, в каких социальных условиях будет происходить развитие отечественной психиатрии, в том числе и судебной.

В начале 1994 г. в Институте (теперь он называется Центром социальной и судебной психиатрии) пришли к выводу, что необходимо начать готовить специалистов по общей психиатрии. Для этого было решено осуществить прием в клиническую ординатуру Центра 33 выпускников московских медицинских вузов, желающих избрать своей специальностью психиатрию. Решение этой трудной задачи по подготовке кадров потребует немалого времени.

"Но тут уже начинается новая история. Это могло бы составить тему нового рассказа, — но теперешний рассказ наш окончен"[2].

---

[1] Ганнушкин П.Б. Предисловие к "Судебной психиатрии" Н.П. Бруханского. М., 1928. С. 3.

[2] Достоевский Ф.М. Преступление и наказание // Собр. соч., Т.VII. Л., 1973. С.422.

Таблицы (приложение)

Приведенные ниже таблицы не имеют самостоятельного значения. Они являются дополнением к тексту и могут быть рассмотрены только вместе с ним.

Таблица 1.

Диагноз психических болезней и психических нарушений	Формы первоначально диагностированных психических болезней; число подэкспертных с наследственным отягощением в семьях			
	Реактивные состояния (1 группа) 76 семей	Психопатии (2 группа) 57 семей	Органические заболевания ЦНС (3 группа) 41 семья	Шизофрения (4 группа) 29 семей
Психические болезни, в том числе:	82	63	42	39
Шизофрения	17	11	15	16
Эпилепсия	3	7	2	2
Алкогольные психозы	-	2	-	-
МДП	-	-	-	2
Неуточненные психозы	62	43	25	19
Пограничные психические расстройства, в том числе:	45	64	38	16
Алкоголизм	19	35	22	7
Олигофрения	4	-	2	-
Аномалии характера	14	17	9	6
Самоубийства	8	12	5	3

Таблица 2.

Токсикоманические вещества и степени их употребления	Первоначальный диагноз и число подэкспертных, употреблявших алкоголь и наркотики до первой СПЭ в Институте			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
Алкоголь	88	47	50	20
Эпизодическое употребление алкоголя	44	18	18	8
Склонность к злоупотреблению алкоголем	31	17	25	10
Хронический алкоголизм	13	12	7	2
Наркотики	25	26	5	6
Употребление наркотиков	20	23	4	4
Наркомания	5	3	1	2
Всего	113	73	55	26

Таблица 3.

Формы "органических вредностей"	Первоначальный диагноз и число подэкспертных, перенесших "органическууюю вредность" до первой СПЭ в Институте			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
Черепно-мозговая травма, в том числе:	84 (19 - повторные)	34 (8 -повторные)	59 (14 - повторные)	30 (10 - повторные)
Легкая	69	30	46	23
Среднетяжелая	13	3	12	4
Тяжелая	2	1	1	3
Задержка психического развития пренатальной и постнатальной этиологии	12	-	9	-
Инфекционные заболевания (менингит, менингоэнцефалит, малярия, токсический грипп)	5	8	4	2
Родовая травма	-	-	2	-
Преходящие судорожные припадки в детстве	2	-	-	-
Врожденный токсоплазмос	-	-	1	-
Рентгеновское облучение в 360 рентген	-	-	1	-
Церебрально-органические жалобы с детского возраста	-	-	1	-
Электротравма	1	-	-	-
Сифилис II	1	-	-	-
Гипертоническая болезнь	-	-	1	-
Всего	105	42	78	32

Таблица 4.

Диагноз психоза или пограничного психического заболевания	Первоначальный диагноз и число подэкспертных, лечившихся у психиатров до первой СПЭ в Институте			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
Психозы, в том числе:	27	28	28	19
Шизофрения	15	24	17	15
Реактивные и интоксикационные, в том числе алкогольные, психозы	12	-	7	2
МДП	-	-	-	1
Органические психозы	-	-	1	1
Паранойяльные психозы	-	-	1	-
Неуточненные психозы	-	4	2	-
Пограничные психические расстройства: аномалии характера, патологическое развитие личности, остаточные явления органического поражения ЦНС, неврастения, олигофрения (дебильность)*	23	67	17	11
Всего	50	90	45	30

* Среди пограничных психических расстройств во всех четырех группах доминировали аномалии характера (включая патологическое развитие личности); второе место занимали остаточные явления органического поражения ЦНС.

Таблица 5.

Степень социальной адаптации	Первоначальный диагноз; число подэкспертных с выявленной социальной адаптацией, заболевших до или после 20 лет							
	Реактивные состояния (1 группа) 145 человек		Психопатии (2 группа) 114 человек		Органические заболевания ЦНС (3 группа) 59 человек		Шизофрения (4 группа) 55 человек	
	до 20 лет	после 20 лет	до 20 лет	после 20 лет	до 20 лет	после 20 лет	до 20 лет	после 20 лет
Сохранена	-	17	-	10	-	7	-	4
Снижена	23	17	29	15	5	6	7	2
Выраженное снижение	45	12	30	1	21	6	15	6
Резкое снижение - вплоть до полной дезадаптации	25	6	25	4	10	4	14	7

Таблица 6.

Формы ООД	Первоначальный диагноз			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
Тяжкие ООД, в том числе:	53	22	23	13
Убийства	28	9	10	8
Попытка убийства	1	4	3	-
Соучастие в убийстве	-	1	-	1
Тяжкие телесные повреждения, в том числе - повлекшие за собой смерть	12	3	3	2
Наезд со смертельным исходом	-	1	-	-
Изнасилование	7	2	6	2
Попытка изнасилования	3	2	-	-
Развратные действия в отношении малолетних	2	-	1	-
ООД, не относимые к тяжким:	111	91	55	45
Разбойное нападение и грабеж	15	10	2	5
Кражи и хищения	57	40	28	20
Хулиганские действия	21	22	18	13
Прочие (бродяжничество, нарушение паспортного режима и т.д.)	18	19	7	7
Всего	164	144	78	58

Таблица 7.

Возраст подэкспертных	Первоначальный диагноз и распределение подэкспертных по возрасту			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
15-20 лет	25	20	23	17
21-25 лет	47	43	21	15
26-30 лет	32	22	9	6
31-35 лет	27	7	14	9
36-39 лет	17	5	8	4
40-49 лет	14	2	3	7
Свыше 50 лет	2	2	-	-
Всего	164	114	78	58

Таблица 8.

	Классификация реактивных расстройств, выявленных первоначальными СПЭК	Число подэкспертных (1 группа)
I	Истерические расстройства	60
	Псевдодеменция	4
	Пуэрилизм	3
	Псевдодементно-пуэрильные расстройства	6
	Истерическое поведение	4
	Регресс поведения	9
	Психогенная речевая спутанность	1
	Бредоподобные фантазии	3
	Изолированные вегетативные расстройства	10
	Изолированное таращенье глаз	8
	Изолированная шаркающая походка	12
II	Эндоформные расстройства с психогенным содержанием (с психогенной патопластикой)	30
	Бред	16
	Вербальные галлюцинации	8
	Зрительные галлюцинации	2
	Выраженные депрессивные состояния	4
III	Сочетание истерических и психогенноокрашенных эндоформных расстройств	16
	Бред и псевдодеменция	3
	Бред и пуэрилизм	5
	Бред и истерическое поведение	7
	Зрительные галлюцинации и истерическое поведение	1
	Всего	106 *

* У остальных 58 подэкспертных первой группы психогенные расстройства автором обнаружены не были.

Таблица 9.

Диагностические заключения	Число подэксперт-ных	
	Всего	Sch?
Первая группа	164	22
Реактивные состояния	125	13
Реактивный психоз	24	6
Реактивный параноид	5	3
Невротические реакции, психогенные наслоения	8	-
Психогенное душевное заболевание	1	-
Психогенно обусловленный приступ циклотимии	1	-
Вторая группа	114	13
Психопатическая личность (психопатия)	52	1
Психопатические черты характера	43	-
Глубокая психопатия	12	9
Патологическое развитие личности	3	2
Патологически протекающий пубертатный криз	1	1
Невротическое развитие личности	1	-
Черты психической незрелости	1	-
Черты аффективной неустойчивости	1	-
Третья группа	78	8
Остаточные явления органического заболевания ЦНС (головного мозга), преимущественно травматического и реже — сложного генеза (этиологии)	48	-
Остаточные явления органического поражения ЦНС с задержкой умственного развития в степени легкой дебильности и (или) психическим, выраженным психофизическим инфантилизмом	13	1
Психозы органического генеза с эндоформными расстройствами	11	6
Остаточные явления органического поражения ЦНС с выраженными изменениями со стороны психики, в том числе с эмоционально-волевыми расстройствами (психопатоподобный синдром)	3	1
Раннее органическое поражение ЦНС с психопатоподобными проявлениями и склонность при наличии психической травмы к шизофреноподобным реакциям	1	-
Хронический алкоголизм и остаточные явления ЧМТ в виде неврологической симптоматики; после ареста перенес затяжной алкогольный психоз	1	-
В прошлом перенес приступ психического заболевания неясной этиологии (контузия?), не оставивший после себя каких-либо нарушений психической деятельности	1	-
Четвертая группа	58	-
Шизофрения	42	-
Шизофрения (дефект)	5	-
Шизофрения на патологически измененной почве	6	-
Шизофрения с синдромальной квалификацией	1	-
Шизофрения с указанием формы течения	4	-

Таблица 10.

Промежуток времени между установлением первоначального и заключительного диагноза	Первоначальный диагноз и число подэкспертных в зависимости от времени установления заключительного диагноза			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
Несколько месяцев - до 2-х лет	117 (из них 71 - в течение года)	37	20	9
От 2 до 5 лет	35	32	30	14
Свыше 5 - до 10 лет	9	3	3	25
Свыше 10 лет	3	2	5	10
Всего	64	114	78	58

Таблица 11.

Порядковый номер СПЭ, установившей заключительный диагноз	Первоначальный диагноз и число подэкспертных			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)
Вторая СПЭ	129	91	64	45
Третья СПЭ	26	19	9	8
Четвертая СПЭ	7	3	5	4
Пятая-шестая СПЭ	2	1	-	1
Всего	164	114	78	58

*Таблица 12 * .*

Формулировка заключительного диагноза	Первоначальный диагноз и число подэкспертных			
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Всего в 1-3 группе
Шизофрения	131	71	36	238
Шизофрения с дефектом	-	5	-	5
Шизофрения с психопатоподобным дефектом	-	-	2	2
Шизофрения на патологически измененной почве (алкоголизм, органическое поражение ЦНС)	12	21	35	68
Пфропфшизофрения	-	-	3	3
Шизофрения с синдромальной оценкой	15	13	1	29
Шизофрения с указанием типа течения	6	4	1	11
Всего	164	114	78	356

* Для первой-третьей групп.

Таблица 13.

Формы течения шизофрении	Первоначальный диагноз и число подэксертных				
	Реактивные состояния (1 группа)	Психопатии (2 группа)	Органические заболевания ЦНС (3 группа)	Шизофрения (4 группа)	Всего 1-4 группах
Непрерывная шизофрения, в том числе:	86	82	52	12	232
Вялопртекающая	8	37	4	12	61
Прогредиентная					
- с преобладанием бреда	47	34	27	-	108
- с преобладанием сенсорных расстройств	-	-	14	-	14
Злокачественная	31	11	7	-	49
Приступообразно-прогредиентная шизофрения, в том числе:	78	32	25	46*	181
С преобладанием бреда	68	30	5		
С преобладанием сенсорных расстройств	-	-	17		
Є преобладанием аффективно-бредовых расстройств	10	2	3		
Всего	164	114	77**	57	413*

* Подробный симптоматический анализ при заключительной СПЭ в четвертой группе см. табл. 22.

** У одного подэкспертного 4 группы автором был диагностирован периодический травматический психоз.

Таблица 14.*

Формы психозов	Число подэкспертных (1 группа)
С преобладанием бреда	53
С преобладанием сенсорных расстройств	18
С преобладанием депресий с бредом или (и) галлюцинаций	9
С транзиторными кататоническими симптомами	3
Всего	83

Таблица 15.*

Формы шизофрении	Число возможно провоцированных случаев шизофрении	Число случаев шизофрении с психогенными расстройствами, выявленными первой СПЭК
Приступообразно-прогредиентная шизофрения	45	29
Непрерывная (бредовая и вялопротекающая) шизофрения	33	18
Непрерывная злокачественная шизофрения	3	10
Всего	81	57

* Только для подэкспертных 1 группы.

Таблица 16.*

Психические нарушения, сопутствующие основному диагнозу, установленные первоначальной СПЭК	Число подэкспертных (2 группа)
Реактивные состояния	29
состояния с установочно-симулятивным поведением	22
Декомпенсации психопатии и патологическое развитие личности	6
Негативные расстройства	13
Всего	64
"Неучтенные" первоначальной СПЭК позитивные и негативные симптомы, выявленные автором	
Позитивные симптомы	10
Негативные симптомы	9
Всего	19
Итого	83

* Только для подэкспертных второй группы.

Таблица 17.*

Промежуток времени между установлением первоначального и заключительного диагноза	Число подэкспертных (2 группа)	
	Всего	Совершили повторные ООД
Несколько месяцев - до 2-х лет	37	7
От 2 до 5 лет	32	14
Свыше 5 - до 10 лет	23	14
Свыше 10 лет	22	20
Всего	114	5

* Только для подэкспертных второй группы.

Таблица 18.*

Степень социальной адаптации к периоду заключительной СПЭ	Число подэкс-пертных (4 группа)
Сохранена	3
Снижена	9
Выраженное снижение	20
Резкое снижение - вплоть до полной дезадаптации	20
Всего	52

* Таблицы 18-22 относятся только к подэкспертным четвертой группы.

Таблица 19.

Диагностическая оценка при заключительной СПЭ	Число подэкс-пертных (4 группа)
Психопатия, психопатические черты характера	29
Остаточные явления травматического или органического поражения головного мозга с психопатизацией	13
Органическое поражение ЦНС со значительным снижением психики	1
Органическое поражение ЦНС с шизофреноподобным синдромом	2
Склонность к злоупотреблению алкоголем	3
Признаки хронического алкоголизма	1
Полинаркомания с психопатизацией	1
Острое психотическое состояние (шизофрения? Реактивный психоз?)	1
Стойкая ремиссия после шизофрении	2
Паранойяльное развитие личности	1
Выраженные изменения личности по психопатоподобному типу (возможно, на почве вялотекущей шизофрении)	1
Признаки хронического алкоголизма и нерезко выраженный дефект с шизофреноподобным приступом	1
Здоров	1
Всего	58

Таблица 20.

Ретроспективный диагноз заключительной СПЭ	Число подэкспертных (4 группа)	Особенности проявления болезни, диагностированной ретроспективно
Реактивные состояния, в том числе	15	В 7 случаях - с шизофреноподобной симптоматикой
реактивный психоз	1	
Психоз (психотический эпизод, психотические проявления)	4	В 1 случае - с шизофреноподобной симптоматикой; в 1 случае - с нелепым фантастическим бредом
Декомпенсация психопатии	3	В 1 случае - с шизофреноподобной структурой
Заострение психопатических черт (спонтанное или психогенное)	3	
Патологический пубертатный криз	2	В обоих случаях - с шизофреноподобной симптоматикой
Шизофреноподобный приступ	1	
Возможно, была вялотекущая шизофрения	1	
Шизофрения (дефект)	1	
Три психогенно спровоцированных психотических состояния с шизофренной симптоматикой	1	
Психоз - возможно, шизофренической природы	1	
Две вспышки психического заболевания	1	
Алкогольный психоз	1	
Ипохондрическая реакция, достигавшая уровня болезни	1	
Ранее не было процессуальных проявлений	1	
Истерический мутизм	1	Продолжался 4 года в медицинских учреждениях и в домашних условиях
Никогда не отмечалось какой-либо психотической симптоматики	1	
Всего	38	

Таблица 21.

Заключения о вменяемости-невменяемости, вынесенные заключительной СПЭК	Число подэкспертных (4 группа)
Вменяем	49
Невменяем	5
Под действие статьи 362 УПК РСФСР не подходит	1
Под действие статьи 362 УПК РСФСР подходит	1
Вопрос о вменяемости не решен	1
Всего	57 *

* У одного подэкспертного данной группы при заключительной СПЭ решался вопрос о дееспособности-недееспособности. Подэкспертный был признан дееспособным.

Таблица 22.

Позитивные симптомы, выявленные автором в период заключительной СПЭ	Число подэкспертных (4 группа)
Аффективные расстройства, в том числе:	36
гипомании	18
субдепрессии	11
биполярные состояния	7
Бредовые идеи	7
Вербальные галлюцинации, функциональные слуховые галлюцинации	5
Зрительные функциональные галлюцинации	1
Диссимуляция психических расстройств, в том числе - сопровождаемая бредом	9 4
Всего	58

Оглавление

Введение 3

Общая характеристика подэкспертных, болевших шизофренией, в отношении которых были допущены диагностические ошибки 8

Глава I *Ошибочная диагностика реактивных состояний у лиц, болевших шизофренией (первая группа)* 10

Глава II *Ошибочная диагностика психопатических состояний у лиц, болевших шизофренией (вторая группа)* 77

Глава III *Ошибочная диагностика органических заболеваний центральной нервной системы у лиц, болевших шизофренией (третья группа)* 143

Глава IV *Подэкспертные с первоначально установленным, а в последующем отвергнутым диагнозом шизофрении (четвертая группа)* 203

Глава V *Клинические особенности шизофрении, диагностированной у исследованных подэкспертных* 307

Глава VI *Причины диагностических ошибок* 320

Николай Георгиевич Шумский

Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике — Спб.: «Академический проект», 1997

ISBN 5-7331-0082-6

Книга известного психиатра профессора Н.Г.Шумского – открытый и компетентный анализ ошибок судебной психиатрии, их причин и последствий. Книга представляет интерес не только для судебных психиатров, но и для психиатров общего профиля, так как содержит целый ряд тонких и глубоких разборов историй болезней, ярких клинических явлений. Книга дает точный и нелицеприятный портрет советской судебной психиатрии и в этом качестве может быть интересна и более широкому кругу читателей. Добросовестный и взвешенный анализ ошибок, предпринятый в этой книге, является первым шагом к их исправлению.

Компьютерная верстка А. Данилова
Редактор Л. Щеголева

Гуманитарное агентство "Академический проект"
191164, С.-Петербург, наб. Макарова, д. 4
ЛР 062679 от 2.06.1993 г.

цена: 38900 р.

Подписано в печать 12.02.97. Формат 70×100 1/16.
Бумага типографская № 1. Печать офсетная.
Печ. л. 25. Тираж 7 000 экз. Заказ 500.

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ордена Трудового Красного Знамени ГП «Техническая книга»
Комитета Российской Федерации по печати.
198052, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29



ГУМАНИТАРНОЕ АГЕНТСТВО АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ

199034 С-Петербург, наб. Макарова, 4. Тел. (812) 218-0002,
факс (812) 315 -7610

Книги издательства “Академический проект” по медицине, психологии, социологии

Р.Фишер и С.Браун. Путь к совместному успеху. (Как построить взаимоотношения в процессе переговоров)
Гарвардский проект переговоров
Harvard Univercity Press, 1988, 1993
Пер. с англ. Г.А.Крылова, Т.Б.Евдокимовой.
248 стр., тир.10 000, 1996 г.

Книга разработчиков “Гарвадского проекта переговоров” известных американских ученых профессора Гарвардского университета Р.Фишера и С.Брауна предлагает эффективные методики, направленные на преодоление разногласий по мере их возникновения и установление “работающих отношений”. Это необходимо и в бизнесе, и в политике, и в семье, поэтому книгу можно рассматривать как практическое руководство всем, кто хочет преуспеть. Отделение конфликтологии СПбГУ рекомендует ее также в качестве учебного пособия.

Александров А. А. Лекции по психотерапии.
320 с., тир. 5000 экз.

Книга зав. кафедрой мед психологии СПб МАПО, профессора А.А.Александрова состоит из лекций по основным направлениям современной отечественной и зарубежной психотерапии. Она включает в себя изложение принципов и методик наиболее популярных и употребительных психотерапевтических подходов: когнитивной терапии, гештальт-терапии, психотерапии К.Роджерса и др. Автор подробно останавливается на методах психической саморегуляции (аутогенная тренировка, мышечная релаксация, медитация), отдельная лекция посвящена групповой психотерапии.
Книга рассчитана на психологов, психиатров, практикующих психотерапевтов, на всех интересующихся психологией.

Альфред Адлер. Понять природу человека.
400 с., тир. 5000 экз.

Альфред Адлер (1870-1937) — ученик и соратник Зигмунда Фрейда, один из столпов психоаналитической теории, основоположник неофрейдизма — вряд ли нуждается в представлении. В объяснении нуждается, скорее, неспадающая популярность работ Адлера в Западном мире. Классический психоанализ — в изложении Фрейда или Юнга, по сути своей остается специальной теорией, с первостепенным вниманием к патологии, и ориентированной в первую очередь на специалистов, но не на дилетантов. В центре внимания "Индивидуальный психологии" Адлера находится не пациент, а самостоятельный человек, с которого не снимается ответственность за принятие своих решений, поведение и отношения с обществом. Отправная точка теории Адлера — индивидуальность человека как нечто целое, самодостаточное и нормальное, на равных контактирующее с окружающим его миром. Не пытаясь в краткой аннотации пересказать или — хуже — подменить ею книгу, можно предположить, что Адлер ближе всех подошел к описанию "нуля нормальности" человека. "Понять природу человека" написана ученым уже в преклонном возрасте на основе годичного курса лекций для неспециалистов, которые он читал в Венском народном институте и представляет собой максимально популяризованный (в пределах научной корректности) курс Индивидуальной психологии.

Александр Лоуэл. Язык тела.

350 с., 5000 экз.

Александр Лоуэл, ивестный на Западе врач-психоаналитик, ученик Вильгельма Райха, предлагает читателю оригинальную типологию человеческих характеров. Книга написана на основе большой работы автора в качестве практикующего врача. При этом все многочисленные и остроумные наблюдения Лоуэла складываются в общую психосоматическую картину человеческого организма.
Рассчитана на специалистов и читателей, интересующихся проблемами психиатрии.

Фрэнк Бетгер. Как я воспитал в себе удачливого торгового агента

120 с., тир. 5000 экз.

"Самая убедительная и полезная из книг на тему "Помоги себе сам", которую я когда-либо читал", — отозвался об этой книге знаменитый Дейл Карнеги. Он, безусловно, немного схитрил, так как сам был ее инициатором. Фрэнк Бетгер, один из самых успешных торговых агентов Америки тех времен, в прошлом — бейсболист-профессианал, нужен был Карнеги как частный случай демонстрации его идей, их осуществления на практике. Ф.Бетгер, не без влияния Карнеги уяснивший для себя разницу между обычным и активным, даже где-то агрессивным отношением к своей работе — будь то бейсбол или продажа страховых полисов — много раз выступал вместе с Карнеги перед публикой и только потом сел за книгу.
По отношению к сочинениям Карнеги его книжка безусловно вторична: однако, идею бросать курить тоже трудно назвать свежей, хотя она никак не утрачивает своей актуальности. Такие книги продолжают писать, продолжают покупать и читать, и причины вполне понятны.
За издание этой книги говорит следующее: имя Дейла Карнеги в качестве "квазисоавтора". Специализация автора в качестве торгового агента: интерес потребителя к пособиям на эту тему постепенно приобретает (в нашей стране) более серьезный и более конструктивный характер. Третье: книга неглубока, но добротная, т.е. честная (не доходя до грани пылкой придурошности) и этим даже где-то заразительная: в ней есть эффект Карнеги, ее хочется дочитать до конца.

Роберт Э.Алберти и Майкл Л.Эммонс.
Встань! Говори! Слушай ответ!
160 с., тир. 5000 экз.

Многие неуверенные в себе или наоборот, излишне агрессивные люди хотят как-то измениться, но не знают, с чего начать. Данная книга может послужить им несложным, но весьма действенным руководством. Авторы придерживаются мнения, что залог нормального, здорового психического состояния — в ощущении своей значимости и ответственном отношении к своей жизни. Книга не содержит сколько-нибудь значительных сведений по психиатрии как таковой, разве что самые основные положения. Главный упор делается на рассмотрение типичных жизненных ситуаций и действий в них человека на различных стадиях обретения уверенности в себе.
Написана просто и толково, эта книга может принести пользу тем, кто не в ладах с самим собой.

Эрик Джонсон
Любовь и секс простыми словами.
200 с., тир. 5000 экз.

Книжка, которую хорошо бы прочитать всем детям и подросткам старше 10 лет. В ней говорится обо всем, что связано с любовью и сексом. Особенно строения и функционирования человеческого организма — мужского и женского, откуда и как берутся дети, что такое наследственность, смысл контроля за рождаемостью, различие мужской и женской сексуальности, отличие половой жизни людей от животных, гомосексуализм, место секса в общественной жизни, предохранение от беременности, венерические заболевания и т.д.

Учебная литература издательства "Академический проект"

American English for Everyday and Academic Use
Американский английский.
Курс для продолжающих изучение английского языка.
Отв. ред. проф. Ю.П.Третьяков
338 стр., тир 15 000, 1996г.

American English for Everyday and Academic Use — первый учебник, ориентированный на систематическое освоение американского варианта английского языка, что обеспечивает ему особое место в массе изданий, традиционно ориентированных на британский вариант. Основное внимание уделено совершенствованию навыков устной речи — говорения и восприятия на слух.
Основная цель учебника, отличающая его от большинства современных пособий, — научить адекватно ориентироваться в конкретных ситуациях реального общения, помочь в решении тех проблем, которые возникают в процессе повседневных контактов с американцами.

К.Б. Васильев. Мой любимый английский.
Учебное пособие по английскому языку для 5-7 классов.
500 стр. тир. 10 000, 1996г.

Пособие адресовано детям среднего школьного возраста для дополнительного, более глубокого изучения английского языка. В живой манере рассматриваются основные моменты грамматики, даются интонационные модели и образцы реального разговорного языка. Особенность пособия — практические советы юным литературным переводчикам.
В качестве примеров приводятся выдержки из "Винни-Пуха", "Алисы в стране чудес", английского перевода Библии.
Данное издание является исправленным и частично переработанным вариантом пособия "По соседству со Страной Чудес".
Рекомендовано Комитетом народного образования мэрии Санкт-Петербурга.

Энциклопедии.

Впервые на русском языке издается серия популярнейших французских "компакт-энциклопедий" (изд. "Bordas"). Удобный формат, продуманное построение, тщательный научный отбор и максимум информации — вот бесспорные достоинства всех книг этой серии.

А. и О. Вирмо. Мэтры сюрреализма.
288 стр., тир. 5000. 1996г.

Впервые на русском языке издается наиболее полная из всех существующих в России энциклопедия сюрреализма. Авторы рассматривают это литературное, художественное и социальное явление в рамках исторического и культорологического контекста XX века. Особую ценность изданию придает привлечение в круг поднимаемых тем не только сюрреалистического движения во Франции как такового, но и аналогичных группировок в других странах Европы, а также указание предтеч, ближайших соседей, зачинателей и соперников сюрреализма. Энциклопедия снабжена словарем и хронологическими ориентирами.

А. Монестье. Легендарные миллиардеры.
352 стр. тир. 5000, 1996г.

Авантюры основоположников финансовых империй и судьбы великих денежных династий, начиная с XV века. Медичи, Фуке, Ротшильды, Онасис, Бик, Елизавета II, Рокфеллер, Ага-Хан, Фахд Аравийский, Картленд, Чаушеску... Легендарная жизнь этих миллиардеров Старого и Нового света и Ближнего Востока вызывает в воображении читателей страну Эльдорадо и пещера Али-Бабы. Мифы, окружающие олимпийцев Фортуны, превращают этих богачей в существа без правил и законов.

Готовятся к печати:

А.Натаф. Мэтры оккультизма.

Том состоит из трех разделов, внутри каждого раздела статьи выстроены в алфавитном порядке. Первый раздел трактует основные положения, термины и символику оккультной науки, раскрывает суть ее методов, знакомит с различными школами и обществами. Второй раздел отведен собственно учителям, “мэтрам” оккультизма, “посвященным” — мистикам, философам и провидцам. В третьем разделе собраны имена художников слова, отразивших те или иные стороны оккультизма в своих произведениях, причем особо выделены два литературных течения — символизм и сюрреализм.

Ж.Брос. Духовные учителя.

Автор, известный ученый и писатель, трактует понятие “духовный учитель” весьма широко: здесь можно почерпнуть сведения о крупнейших мыслителях — от античности до наших дней; о пророках, мессиях и религиозных лидерах всех времен и народов; о всевозможных культах, сектах, течениях и учениях; о священных текстах.

Т.Ананьель. Спорные вопросы христианства.

Книга французского историка посвящена тем ключевым вопросам христианской доктрины и практики, которые на протяжении многих веков вызывали и продолжают вызывать ожесточенные споры и расхождения среди последователей учения Иисуса Христа. Автор пытается вскрыть исторические причины этих принципиальных разногласий, обращаясь к истории христианства, показывая, какие древние верования, какие религиозные школы и секты участвовали в его формировании. Автор дает характеристику основных течений и направлений современного христианства. Не обойдены вниманием и различные религиозные движения и их лидеры, священные тексты — канонические и апокрифические, обряды и таинства.

К. Бейли. Шедевры мирового кино.

Автор, известный кинокритик и знаток истории кино предлагает увлекательный рассказ об основных вехах в истории кинематографа — и как рода искусства, и как специфической области техники. Первый раздел книги охватывает период с 1895 по 1930 гг. — время владычества Великого Немого; второй раздел (1927 — 1944) — "золотой век звукового кино"; третий раздел (1945 — 1958) — посвящен кинообразам "меняющегося мира"; и четвертый раздел — современное кино, ведущее отсчет от поколения "новой волны" (1958). Каждый период представлен наиболее характерными и яркими киноработами, которые подробно прокомментированы автором. В конце каждого раздела помещены небольшие очерки по отдельным проблемам и направлениям кинематографа (экспрессионизм, неореализм, мультипликация, авангард и т.п.).

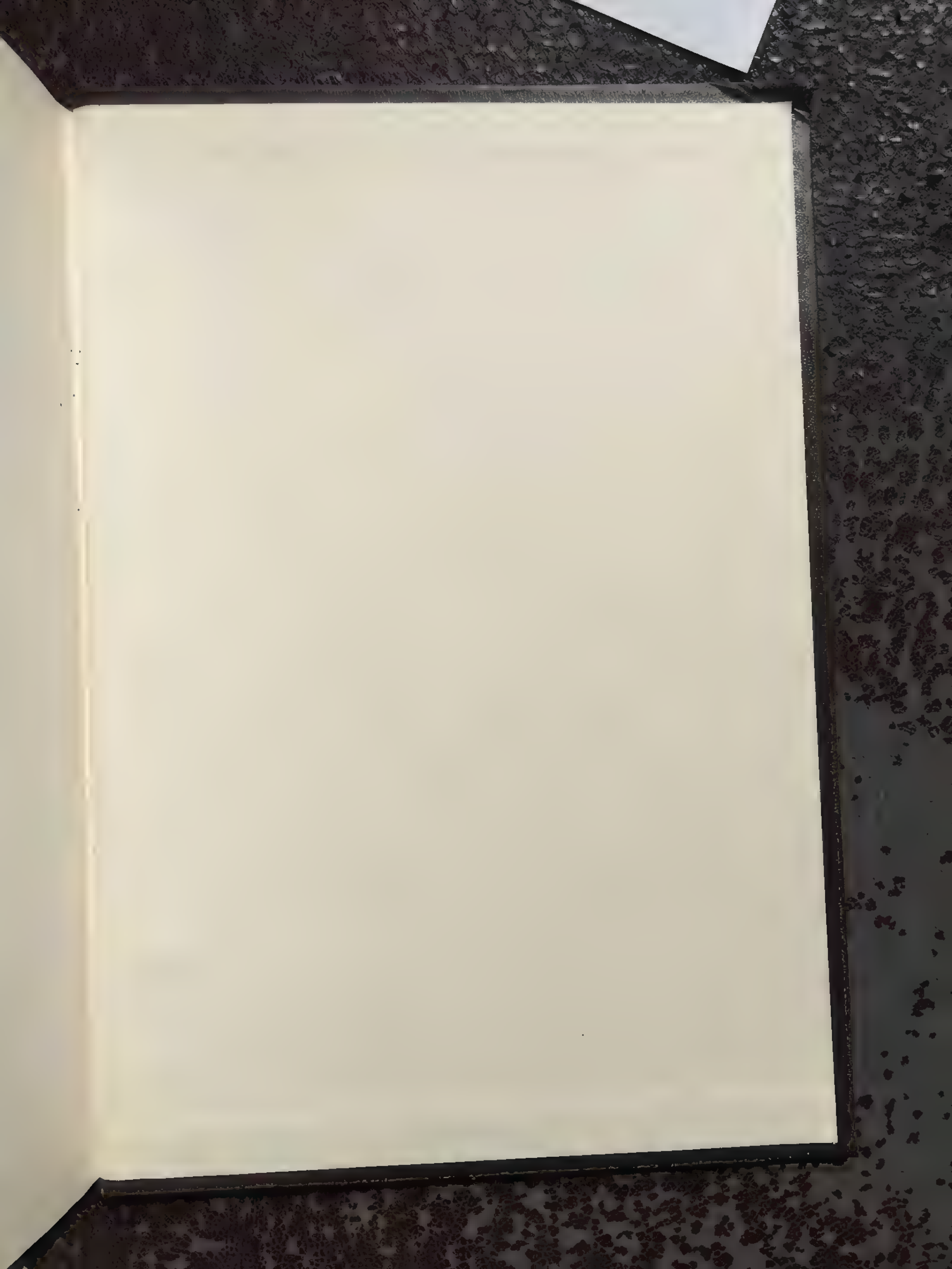
Ж.Арно, Ж.Шенель. Великие творцы джаза.

Книга известного журналиста, издателя музыкального журнала "Jazz-Hot" — отличный подарок и тем, кто давно и безоговорочно предан джазу, и тем, кто просто интересуется музыкой. Более 300 имен, навсегда вписанных в историю джаза, все основные стили и течения нашли свое отражение в этой книги. Позаботились авторы и о тех, кто пока не знает, но хочет знать, чем джаз отличается от "классической" или "традиционной" музыки: в заключительном разделе книги перечислены основные принципы джазовой аранжировки, причем все они проиллюстрированы конкретными сравнительными примерами.

П.Безбак. Европа во все времена.

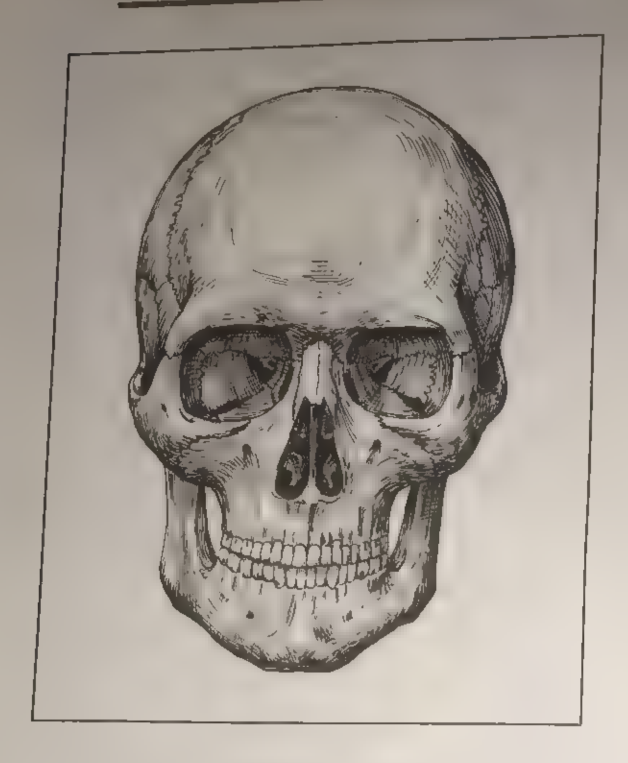
Энциклопедия составлена исходя из нового понимания развития исторического процесса в Европе. Это разные уровни жизни *европейской идеи,* поэтому и рассматриваются не отдельно взятые государства, не их история, но история Европы как целого, история процессов ее интеграции и разъединения со времен Древнего Рима до наших дней. Последняя часть книги посвящена Европейскому Союзу, реально воплощающему в жизнь идею Единой Европы.







ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



АНАТОМИЯ ГОЛОВЫ ЧЕЛОВЕКА

Художник должен с первых штрихов метко характеризовать модель, которую он рисует с натуры, по памяти или представлению. Особенности общей формы головы человека в какой-то степени определяют и его психологию, характер. Для того чтобы научиться видеть строение головы, надо иметь определенные анатомические знания. Следует изучить типичные примеры, показывающие разницу и сходство форм.

На рисунке показан неравномерный рост костей черепа. Голова взрослого по сравнению с головой ребенка имеет целый ряд отличий. Характерными особенностями детского черепа являются относительно крупные формы костей собственно черепа и маленькие по сравнению с ними кости лица и хрящевого скелета носа. У ребенка до двух лет кости мозгового черепа — затылочная, теменная, лобная, височная и клиновидная — еще не соединены швами. Между ними располагаются роднички из мягкой соединительной ткани, затем роднички зарастают, превращаются в костные ткани, а кости соединяются швами.

У ребенка лобная пазуха не развита. Выступ лобной кости у детей глубже передней точки лба. У некоторых взрослых она тоже является передней точкой, но располагается выше, примерно на уровне лобных бугров (см. схему). У ребенка точка Л располагается посредине высоты головы, у взрослого размер Л — Тв (верхняя точка теменной кости) относится к размеру Л — П чаще всего как три к четырем, а у ребенка — как два к двум. Выбранная нами единица измерения примерно соответствует 3,3 см.

Средняя высота головы взрослого — 23 см, головы ребенка — 12 см (при общем росте 52 см). Обычно в высоту голова увеличивается в два раза (у разных людей несколько по-разному). Кости верхней части черепа вырастают в полтора раза и более, а кости нижней части головы, лицевые, вырастают более чем в два раза. Соотношение размеров высоты головы и ее глубины можно характеризовать как 4 к 4,5 у ребенка и 7 к 6 — у взрослого. Таким образом, мы видим, что у ребенка голова круглее, а у взрослого удлинена. Сильнее всего вырастает нижняя челюсть, у каждого человека ее форма индивидуальна. Отличие форм зависит от разных причин, например, от физического развития, наследственности, профессии человека.

Разницу между общей формой головы и лица определяют собственно череп, кости лица и хрящевой скелет носа. Для точного построения в начальной стадии рисунка сравнивают между собой основные формы черепа по высоте, ширине и глубине.

Можно определить четыре характерных типа черепа: 1) лобный, когда сильно развита лобная кость; 2) затылочный, когда развита затылочная кость и задние отделы черепа; 3) высокий, когда теменная кость вытянута вверх; 4) низкий, когда более развиты нижние отделы основания черепа. Первые три типа встречаются чаще.

Все детали черепа надо связывать с наружной формой головы человека и пронаблюдать их в жизни, найти мысленно внутри живой формы. Они необходимы для первоначального построения рисунка и для наблюдения за характером пропорций и разнообразием формы головы у разных людей.

Не забудьте — с самого начала следует установить в рисунке пропорции, индивидуальный характер, пространственную и конструктивно-анатомическую взаимосвязь между линией профиля и основной горизонтальной плоскостью головы, определяющих также и наклон, и ракурс, и положение уха, и местонахождение в рисунке глаз, носа, рта, других форм.

Интересно при помощи вспомогательной вертикальной линии, проведенной через самую глубокую точку носа (на схеме — Нв), пронаблюдать за разнообразием линии профиля у разных людей. У одних лоб уходит назад, у других — выдается вперед. У одних нижняя челюсть выдается вперед, у других — отступает назад. Линия профиля имеет чрезвычайно важное значение для портретного сходства, но ее необходимо связать с костной конструктивной основой головы. Каждый человек имеет свой неповторимый характер строения черепа. Только поняв пластическое своеобразие его форм, возможно жизненно правдиво изобразить голову человека. Для этого, дорогие ребята, надо постоянно помнить о важности изучения пластической анатомии.

Б. ГОРБУНОВ,
преподаватель Московской средней художественной школы при институте имени В. И. Сурикова

Окончание. Начало см. в № 9

Рис. 1. Череп ребенка и взрослого. Условные обозначения: Л — лобная кость, Т — теменная кость, В — височная кость, З — затылочная кость, К — клиновидная кость, С — скуловая кость, Ч — верхняя челюсть, П — нижняя челюсть и форма подбородка, О — глазница (орбита), Н — форма носа (носовые кости и хрящевой скелет носа), Лп — передняя точка лба, Тв — верхняя точка головы.

Рис. 2. Лобный, затылочный, высокий и низкий типы черепа. Условные обозначения:

Кости обозначаются так же, как на рисунке 1. Линии: ЛГ — линия основной горизонтальной плоскости, проходящая через верхние точки наружного слухового прохода Ву и ниже точки глазниц — О. ЛП — линия профиля, проходит через точки П, Н, Л. ЛВ — вертикальная плоскость, Лв — линия волос. Другие точки: Пб — подбородочный бугорок нижней челюсти; точки Пб слева и справа от точки П устанавливают ширину подбородка и ширину основания головы, различную у разных людей. Пу — угол нижней челюсти. Расстояние между точками Пу устанавливает ширину нижней челюсти, различную у разных людей. Нв — корень носа, точка назион.

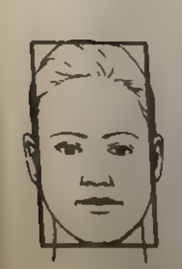
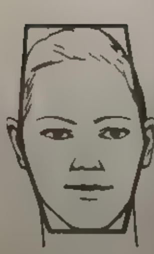
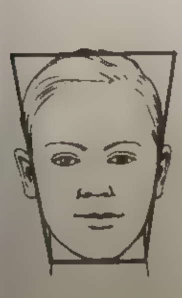
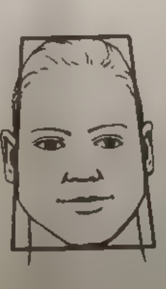





Рис. 3. Четыре различные формы головы при рассмотрении ее спереди. Схема.

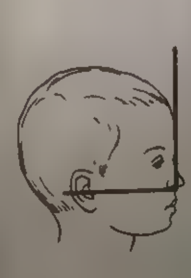
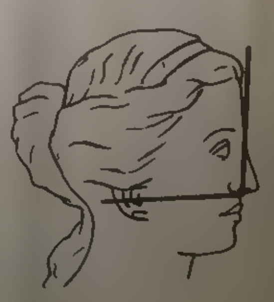




Рис. 4. Общий угол лицевого профиля. Слева менее 90 градусов, посредине — равен 90 градусам, а справа — более 90 градусов.

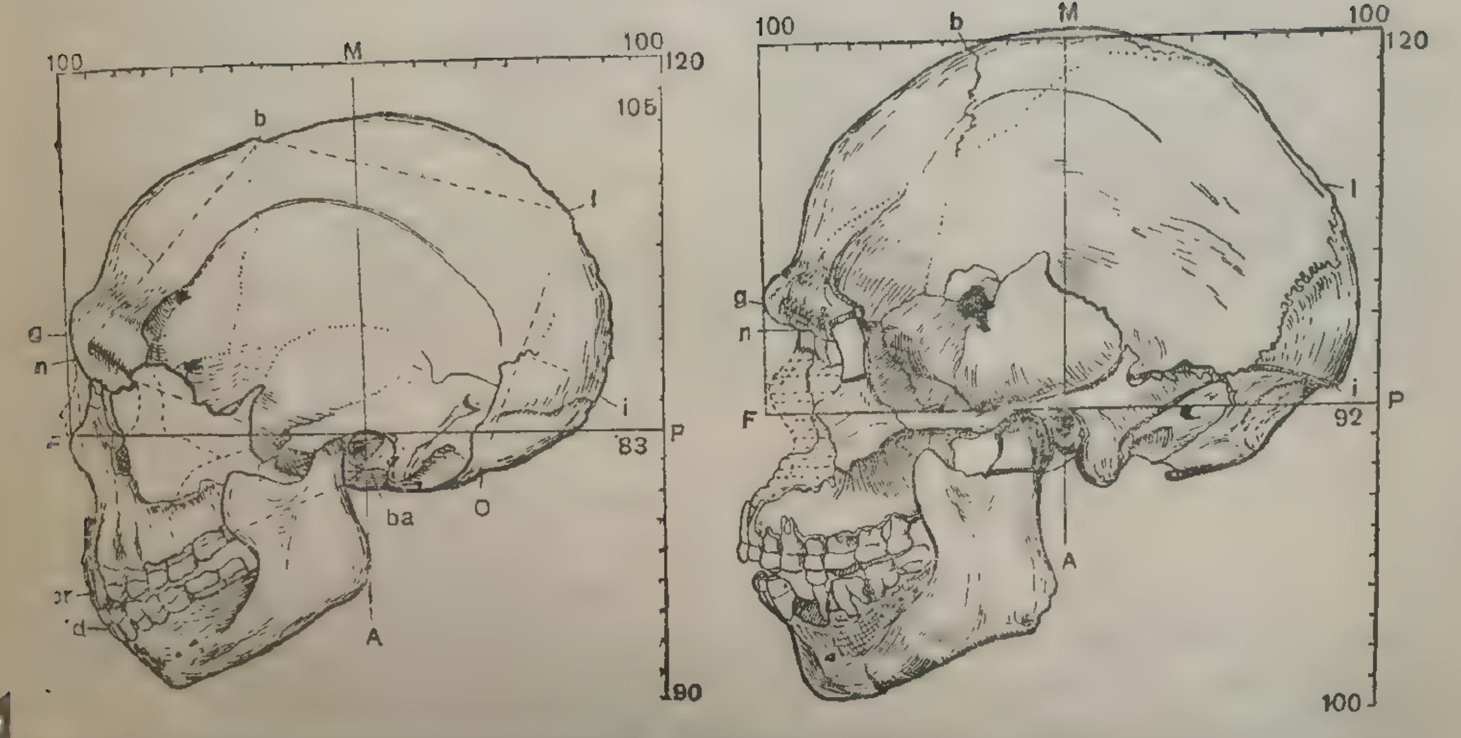


Рис. 36. Черепа неандертальцев из пещер Табун (слева) и Схул (справа).

FP — франкфуртская антропометрическая горизонталь; MA — линия, проходящая через верхнеушную точку; n — носовая точка — назион; g — передняя лобная точка — глабелла; b — точка на пересечении поперечного лобного (венечного) и продольного теменного (сагиттального) швов — брегма; l — точка на пересечении сагиттального и поперечного затылочного (ламбдовидного) швов — ламбда; i — точка на нижнезаднем крае затылочного поперечного валика — инион; цифры указывают миллиметры.



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привыкание ведет к тяжелой картине наркомании, более или менее одинаковой

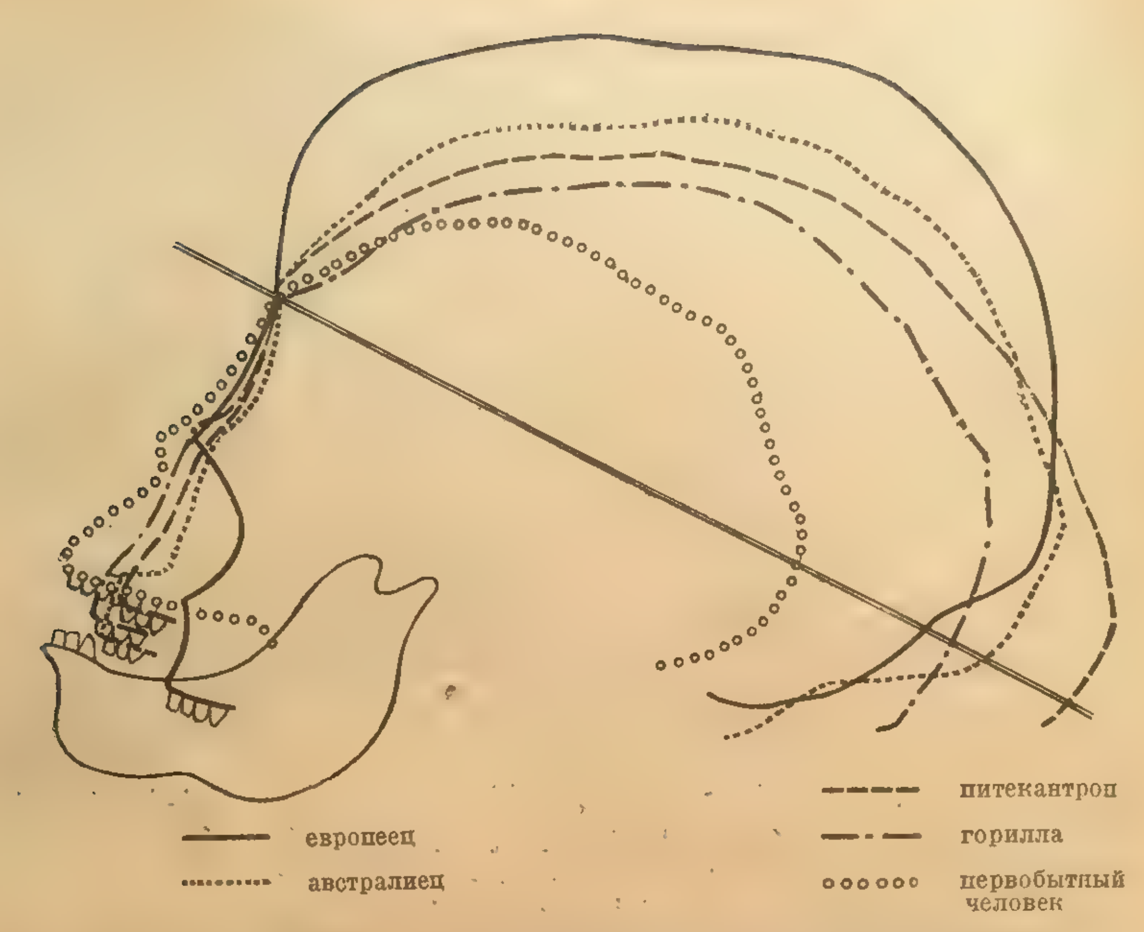
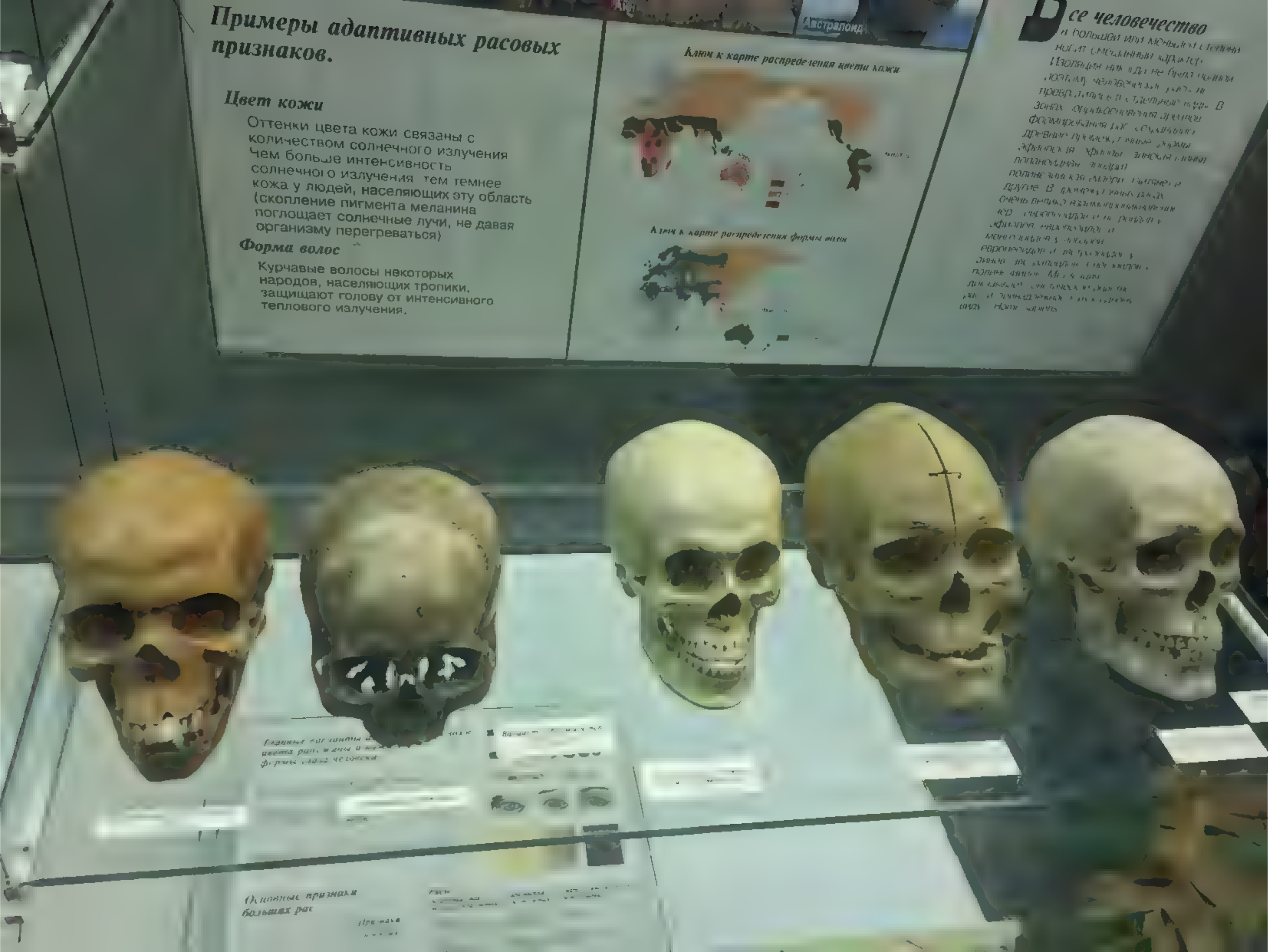


Рис. 18. Различные стенки прогнатизма у обезьяны и человека.



Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.



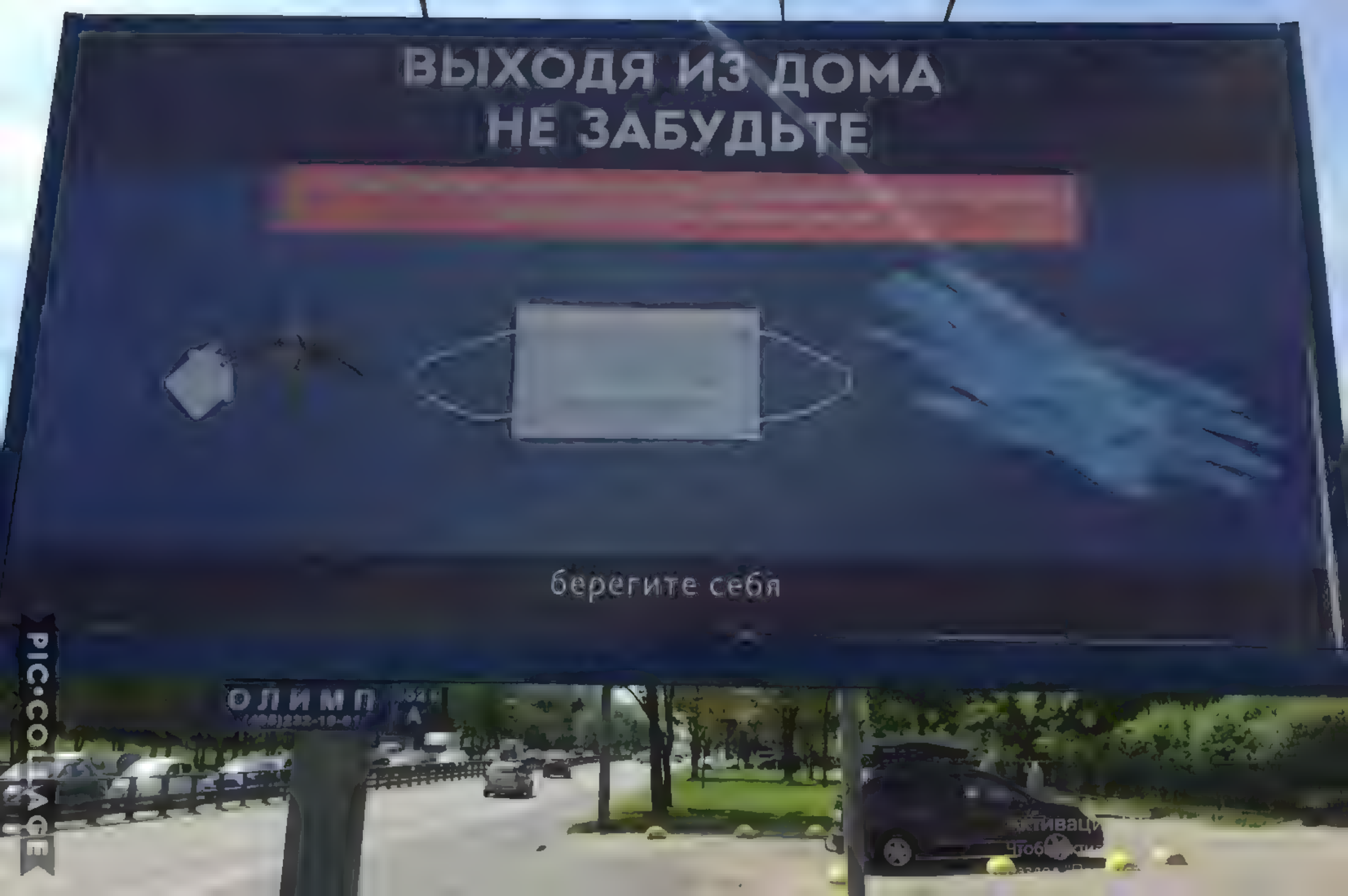
Примеры адаптивных расовых признаков.
Цвет кожи
Оттенки цвета кожи связаны с количеством солнечного излучения. Чем больше интенсивность солнечного излучения, тем темнее кожа у людей, населяющих эту область (скопление пигмента меланина поглощает солнечные лучи, не давая организму перегреваться)
Форма волос
Курчавые волосы некоторых народов, населяющих тропики, защищают голову от интенсивного теплового излучения.
Австралоид
Ключ к карте распределения цвета кожи
Ключ к карте распределения формы волос
Все человечество
Основные признаки больших рас


Форма волос



Скелет орангутана




ВЫХОДЯ ИЗ ДОМА
НЕ ЗАБУДЬТЕ
берегите себя
ОЛИМП
PIC•COLLAGE

КАЖДЫЙ (!) ВИД обезьян ОТЛИЧАЮЩИЙСЯ от других обезьян это - ДРУГОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД!

ВСЕ «челавеки» с РАЗНЫМИ ЛИЦАМИ это РАЗНЫЕ ВИДЫ «челавека».

У 9 из 10 «челавеков» с ОДИНАКОВЫМИ и ОЧЕНЬ ПОХОЖИМИ лицами будут ОДИНАКОВЫЕ мышление, ОДИНАКОВЫЙ характер, ОДИНАКОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОСТУПКИ (!), ОДИНАКОВЫЙ голос и манера разговора. ДАЖЕ у НЕ РОДСТВЕННИКОВ! Даже если ОДИНАКОВЫЕ «челавеки» РОДИЛИСЬ и ЖИВУТ в РАЗНЫХ странах и ДАЖЕ НА РАЗНЫХ КОНТИНЕНТАХ!

Ещё раз повторяю - у приматов С ОДИНАКОВЫМИ ХАРЯМИ почти всегда (в 9 случаях из 10) будет ОДИНАКОВЫЙ ХАРАКТЕР.

ОДИНАКОВЫХ приматов с ОДИНАКОВОЙ внешностью ОЧЕНЬ МНОГО!

Будь внимательней и замечай при общении с приматами, А ЛУЧШЕ ЗАПИСЫВАЙ в блокнот - У КОГО КАКОЙ ХАРАКТЕР.

Записи дополняй ФОТОГРАФИЕЙ того о ком идёт описание характера.

Ты ОЧЕНЬ БЫСТРО обнаружишь что у приматов С ОДИНАКОВОЙ ВНЕШНОСТЬ будут ОДИНАКОВЫЕ характеры!

Даже у НЕ РОДСТВЕННИКОВ! Даже у АБСОЛЮТНО ЧУЖИХ ДРУГ ДРУГУ граждан!



Неандертальцы

Неандертальцы, ископаемые древние люди, создавшие археологические культуры раннего палеолита. Скелетные остатки неандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке. Время существования 200 — 35 тыс. лет назад. *Как установили исследования генетического материала неандертальцев, они, видимо, не являются прямыми предками современного человека.*



Портреты Пещерных говорящих приматов из книги «люди Каменного века», автор М.М. Герасимов. 1964 г.

они действительно вымерли?



Современная гуманитарная академия

Н.С. Лобас
бывший врач сахалинских каторжных тюрем

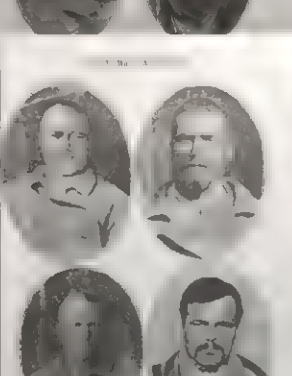
УБИЙЦЫ

(Некоторые черты психофизики преступников)
Со снимками преступников

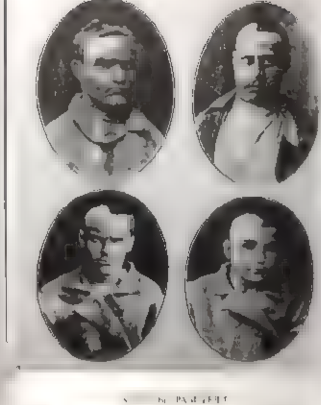


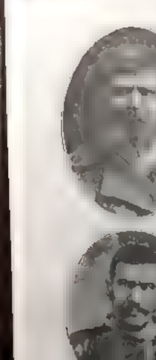
Москва 2008



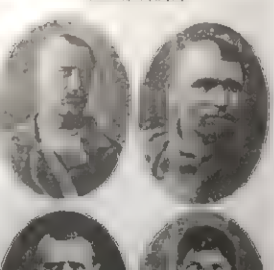




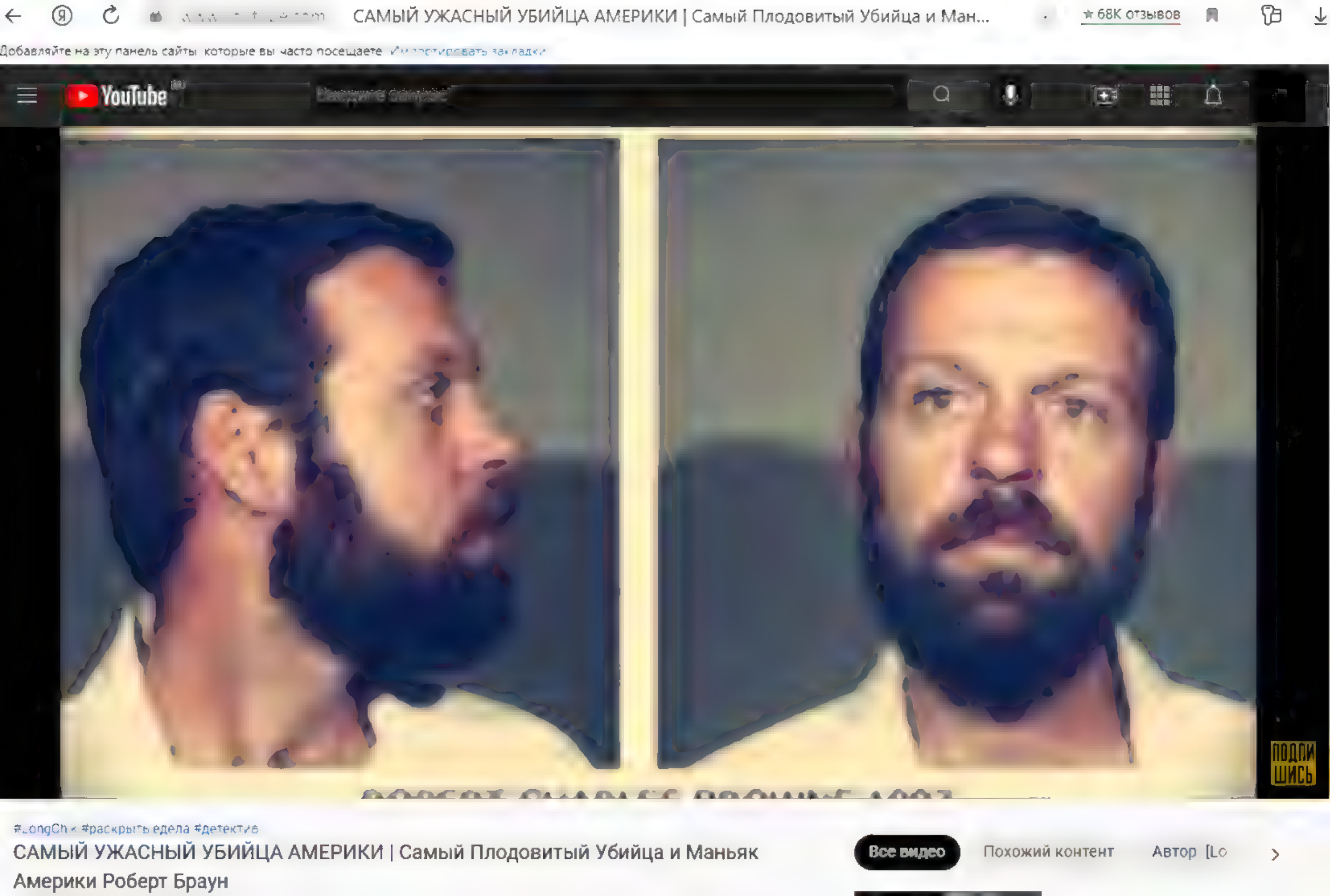


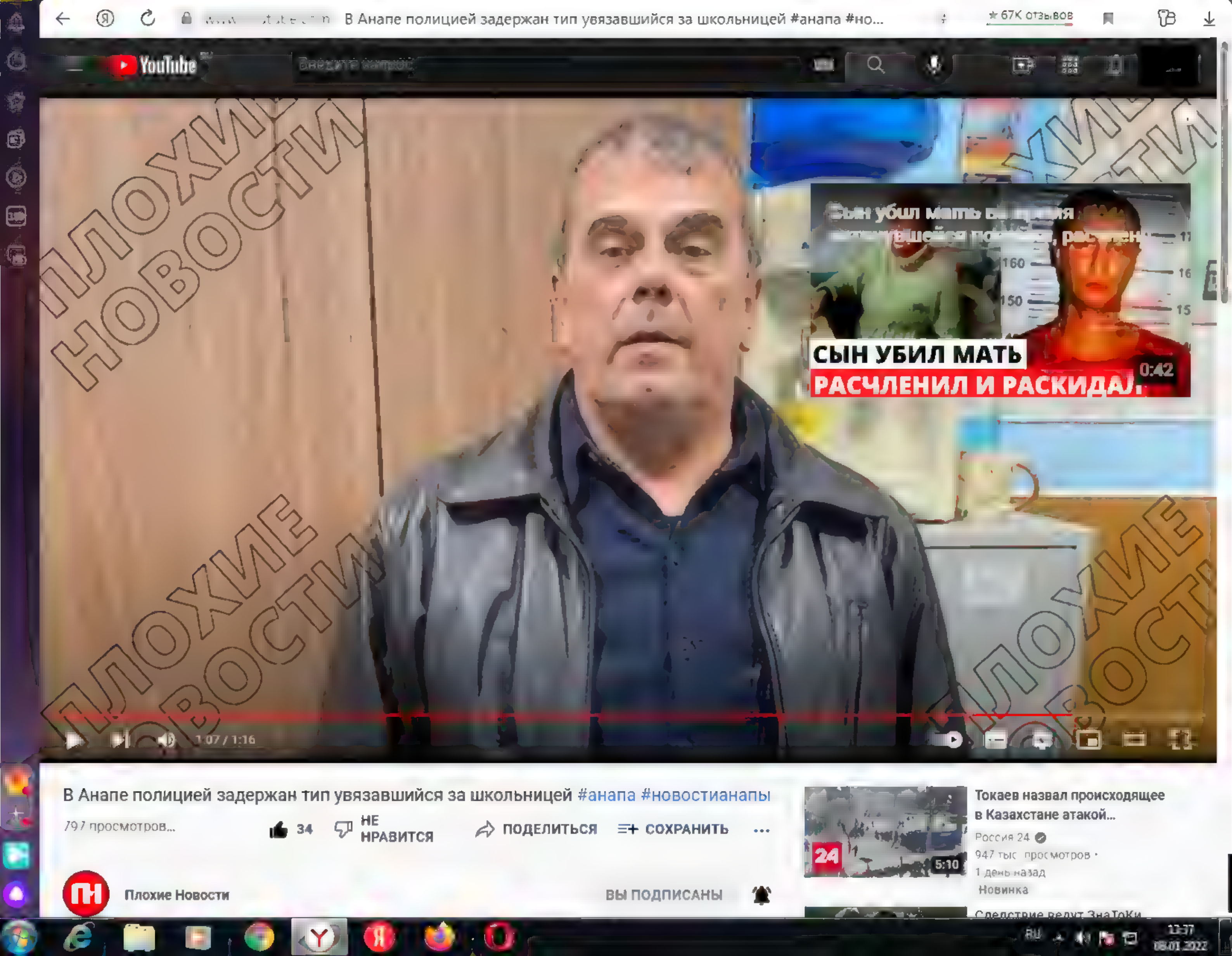


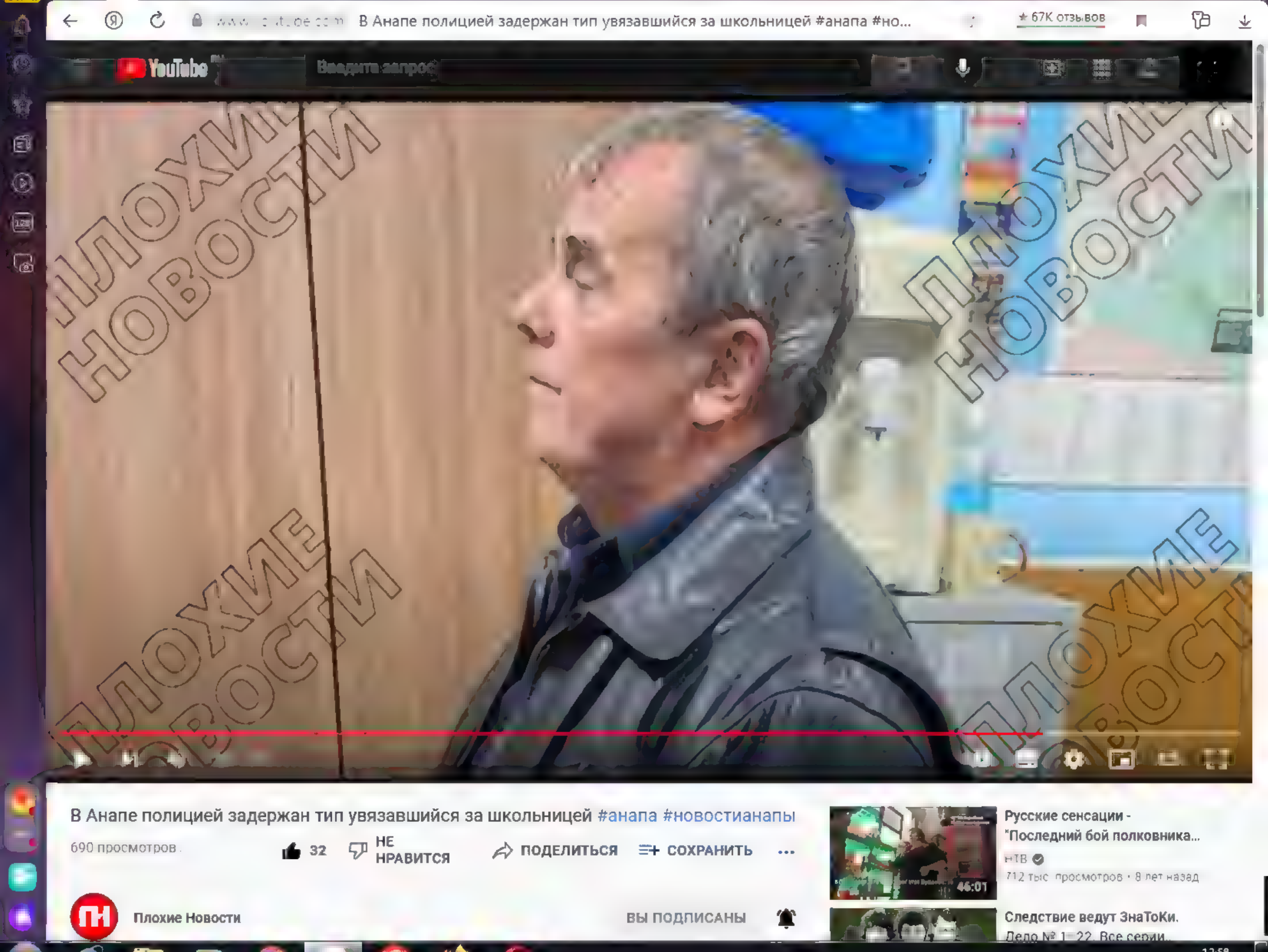


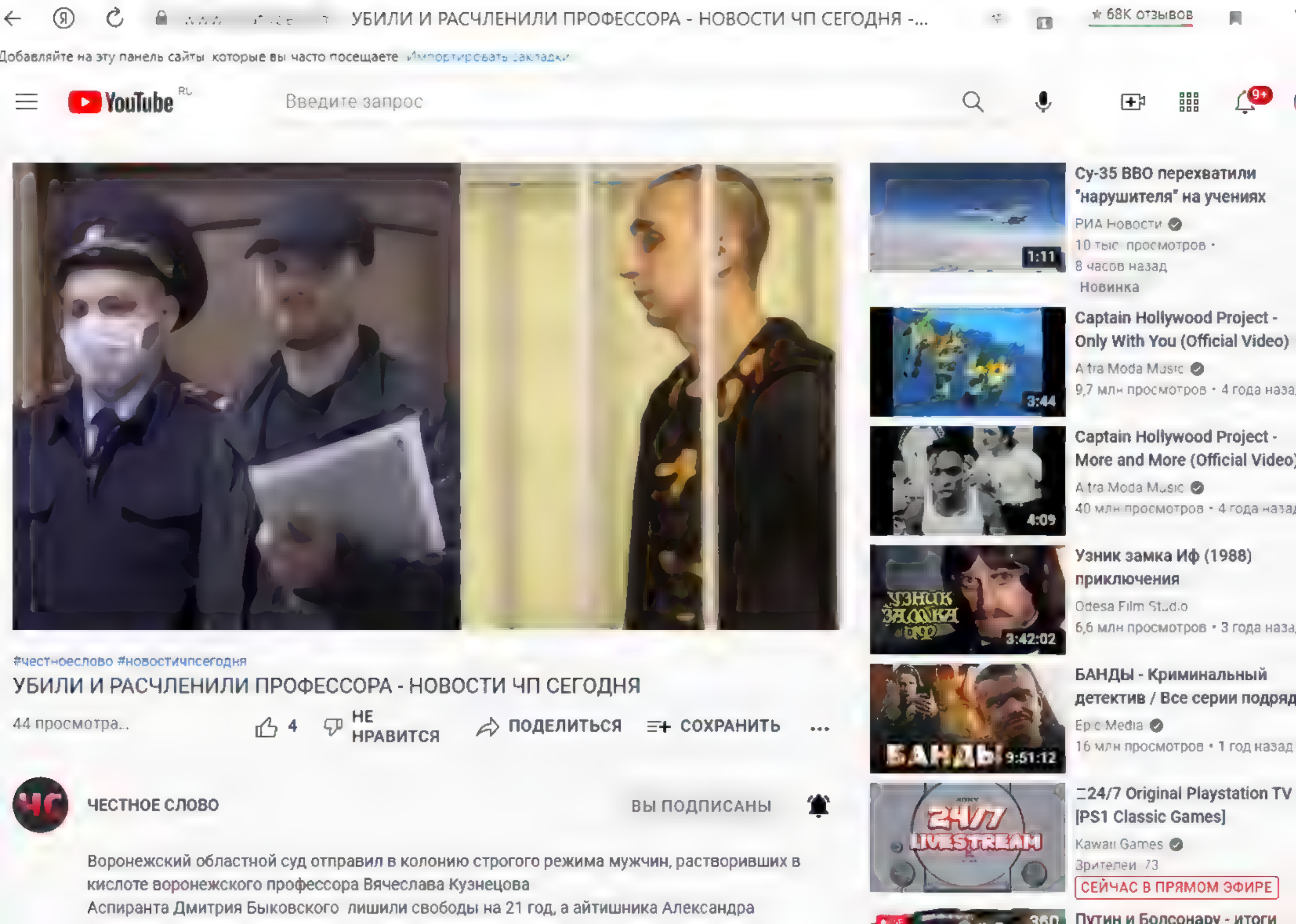



САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Ман...
★ 68К отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете. Импортировать закладки
YouTube
FT
6:13 / 14:40
ПОДПИШИСЬ
#LongChik #раскрытыедела #детектив
САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Маньяк Америки Роберт Браун
Все видео
Похожий контент
Автор

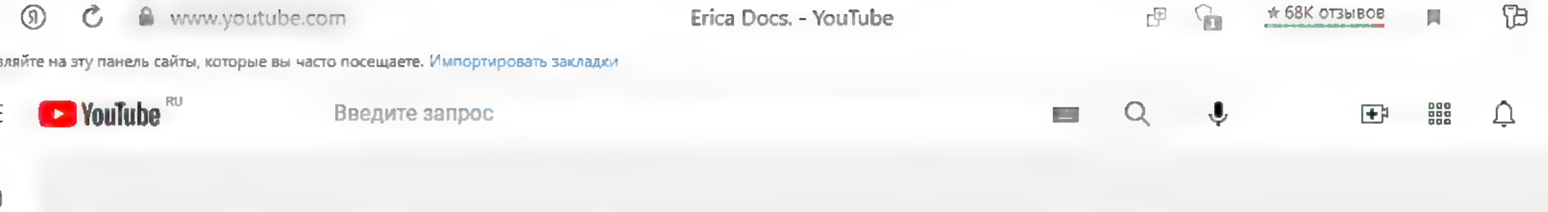

САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Ман...
68K отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
ПОДПИШИСЬ
САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Маньяк
Америки Роберт Браун
Все видео
Похожий контент
Автор

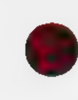

В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #но...
YouTube
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
СЫН УБИЛ МАТЬ
РАСЧЛЕНИЛ И РАСКИДАЛ
0:42
1:07 / 1:16
В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #новостианапы
797 просмотров...
34
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
Плохие Новости
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Токаев назвал происходящее в Казахстане атакой...
Россия 24
947 тыс. просмотров
1 день назад
Новинка
5:10
12:37
08.01.2022


В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #но...
67К отзывов
YouTube
Введите запрос
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #новостианапы
690 просмотров
32
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
Плохие Новости
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Русские сенсации - "Последний бой полковника...
НТВ
712 тыс. просмотров · 8 лет назад
46:01
Следствие ведут ЗнаТоКи. Дело № 1-22. Все серии.
RU
12:58



УБИЛИ И РАСЧЛЕНИЛИ ПРОФЕССОРА - НОВОСТИ ЧП СЕГОДНЯ -...
68К отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
Введите запрос
#честноеслово #новостичпсегодня
УБИЛИ И РАСЧЛЕНИЛИ ПРОФЕССОРА - НОВОСТИ ЧП СЕГОДНЯ
44 просмотра
4
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
ЧЕСТНОЕ СЛОВО
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Воронежский областной суд отправил в колонию строгого режима мужчин, растворивших в кислоте воронежского профессора Вячеслава Кузнецова
Аспиранта Дмитрия Быковского лишили свободы на 21 год, а айтишника Александра
Су-35 ВВО перехватили "нарушителя" на учениях
РИА Новости
10 тыс. просмотров
8 часов назад
Новинка
1:11
Captain Hollywood Project - Only With You (Official Video)
9,7 млн просмотров · 4 года назад
3:44
Captain Hollywood Project - More and More (Official Video)
40 млн просмотров · 4 года назад
4:09
Узник замка Иф (1988) приключения
Odesa Film Studio
6,6 млн просмотров · 3 года назад
3:42:02
БАНДЫ - Криминальный детектив / Все серии подряд
16 млн просмотров · 1 год назад
9:51:12
24/7 Original Playstation TV [PS1 Classic Games]
Kawaii Games
Зрителей: 73
СЕЙЧАС В ПРЯМОМ ЭФИРЕ
24/7 LIVESTREAM
Путин и Болсонару - итоги





Erica Docs. 2 дня назад

⚡⚡⚡ В 2019 году был задержан маньяк, который на протяжении 12 лет насиловал женщин в родном городе Тулуне. Изворотливость и изощренный ум позволили ему очень долго находиться вне подозрений правоохранительных органов.

Видео:⬇⬇ https://youtu.be/_MJPyC2q6n0

Свернуть



Homo Neanderthal
Одинаково Неандертальцы
Неандертальцы
Нет нет неандертальцы давно вымерли. Я человек. Совпадения случайны.
Homo одинаково

В Питере задержан тип пристававший к 13-летней девочке в метро, с кол...

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

1:17 / 2:12

#новости #горячиеновости #новостисегодня

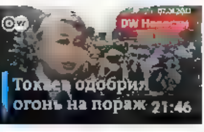
В Питере задержан тип пристававший к 13-летней девочке в метро, с коллекцией детского видео

196 просмотров

 5 НЕ НРАВИТСЯ



ПОДЕЛИТЬСЯ СОХРАНИТЬ ...



В Казахстане разрешен огонь на поражение: на руку ли...

DW на русском

280 тыс. просмотров •

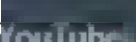
16 часов назад

Новинка

Следствие ведут ЗнаТоКи

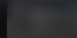
13:43

08.01.2022


YouTube



Введите запрос





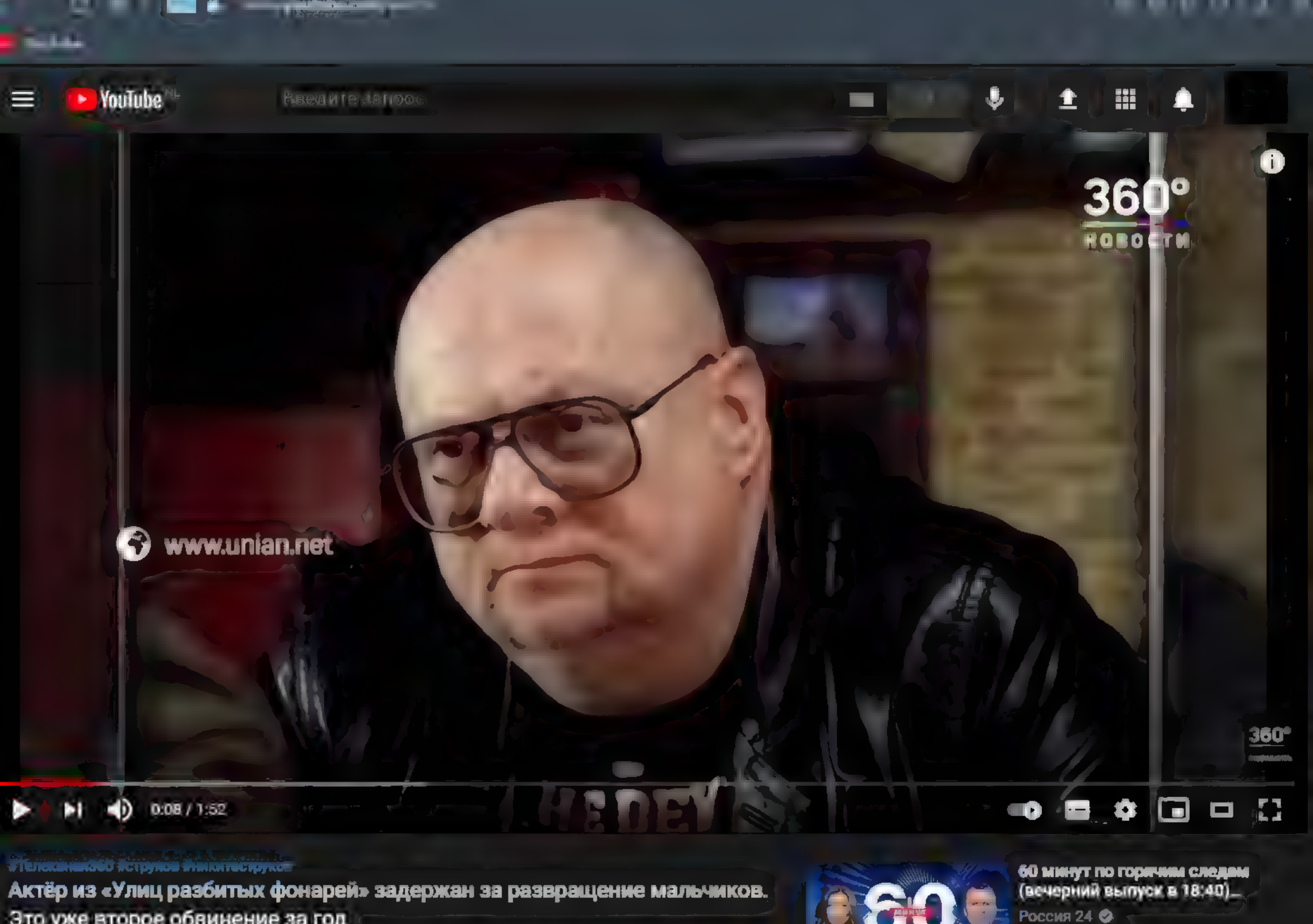



Телеканал 360 4 часа назад

ВИДЕО https://youtu.be/KPw1xsUkC2A

Женщина пытается лишить убийцу дочери доли собственности в их общей недвижимости. А суд встаёт на сторону психически нездорового гражданина.




YouTube
Введите запрос
360°
НОВОСТИ
www.unian.net
0:08 / 1:52
#Телеканал360 #струков #никитаструков
Актёр из «Улиц разбитых фонарей» задержан за развращение мальчиков.
Это уже второе обвинение за год
60 минут по горячим следам (вечерний выпуск в 18:40)...
Россия 24

ОН СЪЕДАЛ СВОИХ ЖЕРТВ | Серийный Убийца и Каннибал Оттис Тул - Y...

★ 68K отзывов





Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете. Импортировать закладки

YouTube

ПОДПИШИСЬ

#LongChik #раскрытьдела #детектив

ОН СЪЕДАЛ СВОИХ ЖЕРТВ | Серийный Убийца и Каннибал Оттис Тул

Все видео

Автор [Long Chik] Неразгад...

Телеканал 360 4 часа назад

ВИДЕО с

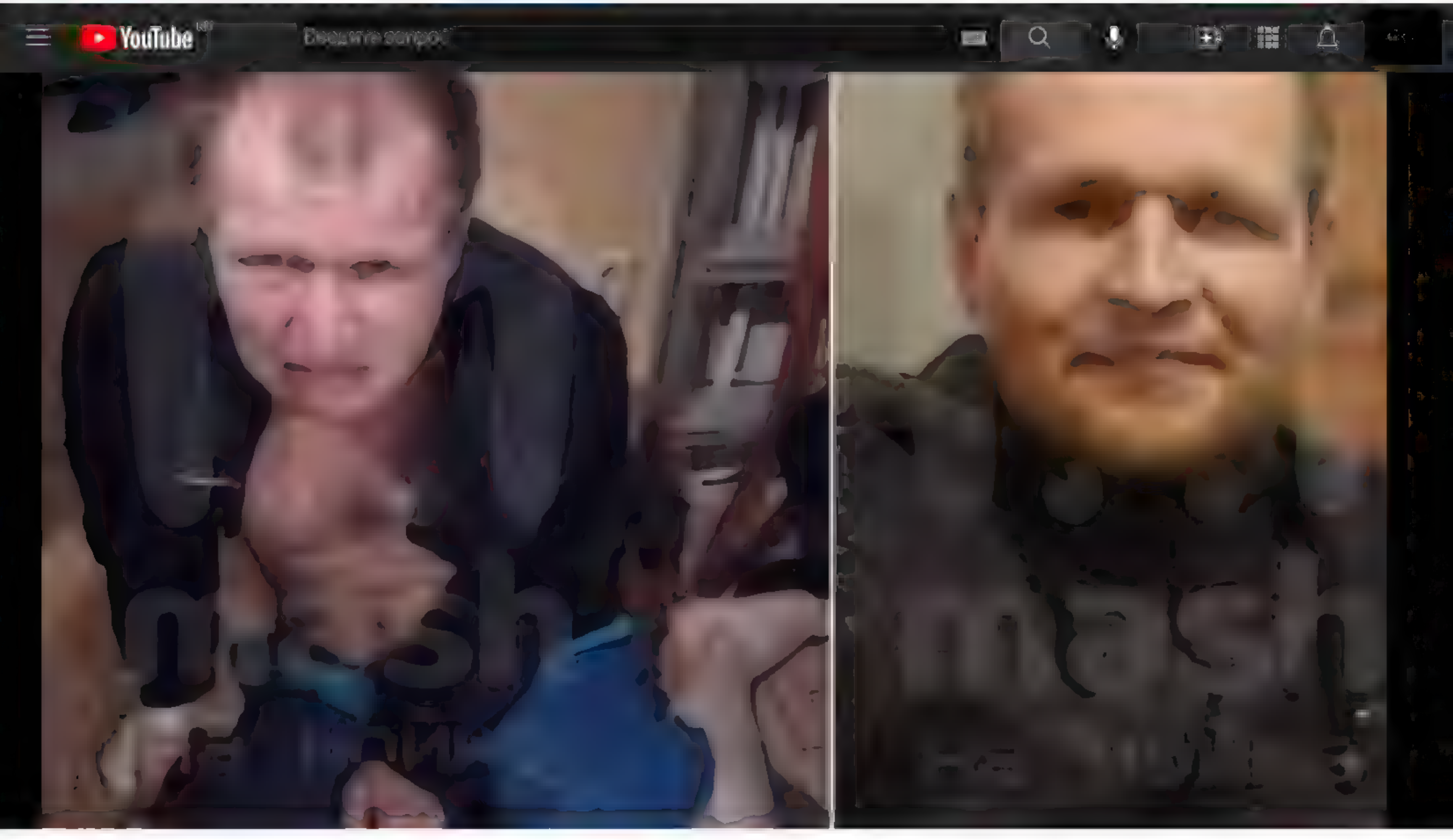
На протяжении почти 30 лет он насиловал и убивал женщин. Своё последнее преступление он совершил за 5-ть дней до ареста. В общей сложности его жертвами стали 29-ть женщин...



В Петербурге задержали мужчину, зарезавшего продавца - YouT...

★ 68К отзывов

Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете



#чп #последниеновости #мировыеновости

В Петербурге задержали мужчину, зарезавшего продавца

Все видео | Похожий контент | Последни-

Водитель автобуса в Балакове зажал дверями ГОЛОВУ девочке и...

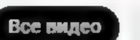
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете

YouTube

0:04 / 1:49

#чп #последниеновости #мировыеновости

Водитель автобуса в Балакове зажал дверями ГОЛОВУ девочке из за неоплаченного проезда



Все видео

Просмотрено


Ясно, что это?
неандерталец,
разумный и много
болтающий подлый
гоминид.

Вынес в пакетах из под мусора' чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и вы...

★ 68К отзывов

YouTube

ПОДРОБНОСТИ.

#телеканал360 #мисскузбасс #преступление

Вынес в пакетах из-под мусора: чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и выкинул в реку

15 604 просмотра







Итоги встречи Зеленского с Джонсоном. Прямая...

Телеканал 360

Зрителей: 399

СЕЙЧАС В ПРЯМОМ ЭФИРЕ

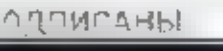
Спортлото-82 (комедия,

Телеканал 360

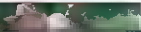
ВЫ ПОДПИСАНЫ

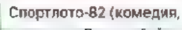




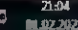










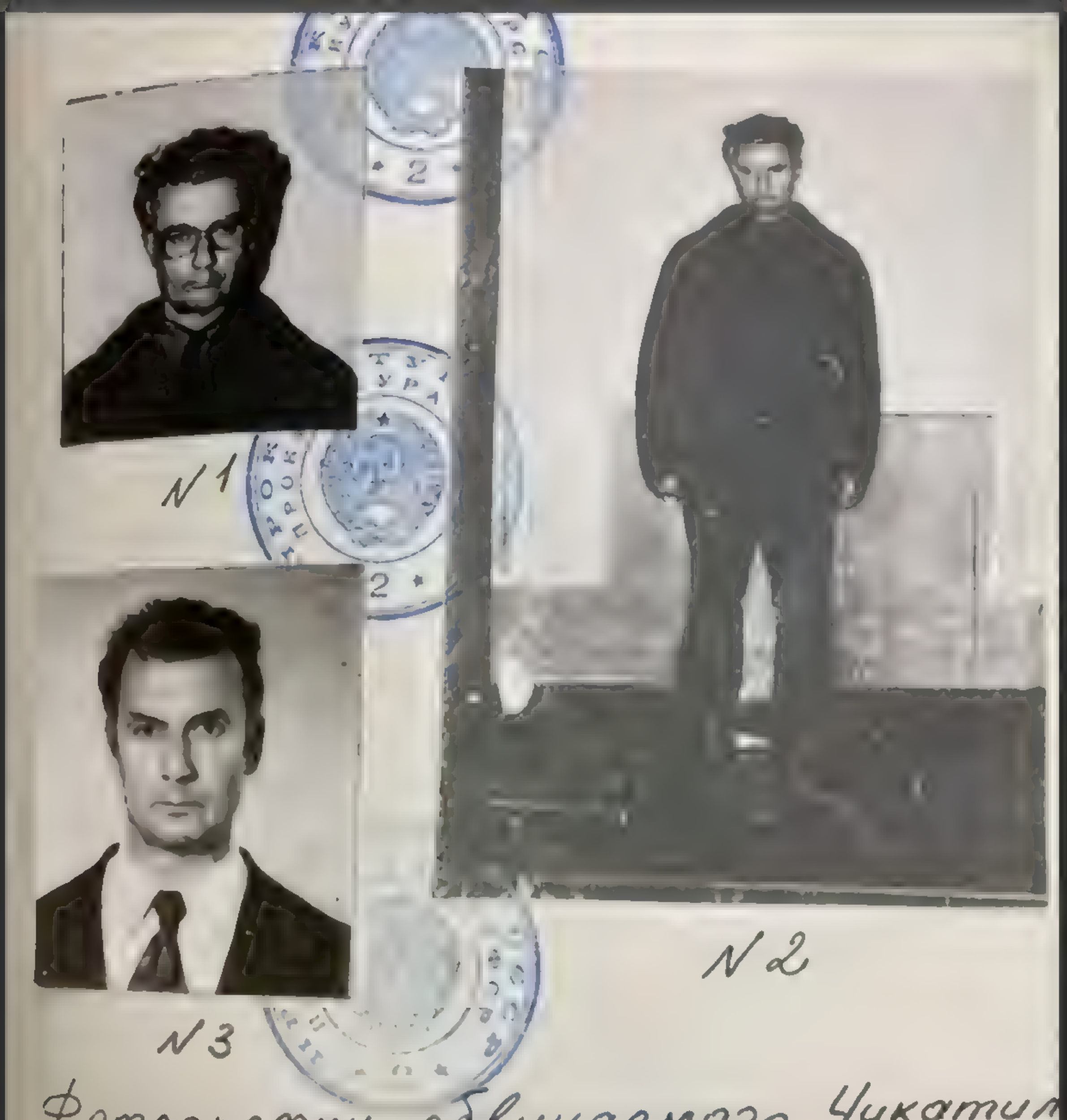


RU 21:04



Задержанный А.Р.Чикатило. 1990 г.





Фотографии обвиняемого Чикатил
которые предъявлялись на опознание
супругам Прокопенко, сторожам базы
отдыха шахты им. „В. И. Ленина". Новошах
тинска.



YouTube

YouTube UA

Введите запрос








ВИДЕО https://youtu.be/[illegible]

Скопинский маньяк выходит из тюрьмы спустя 17 лет заключения в колонии строгого режима. Виктор Мохов держал несовершеннолетних девушек в глубоком бункере, насиловал, ограничивал во всём почти 4 года. Свою вину жестокий истязатель так и не признал.

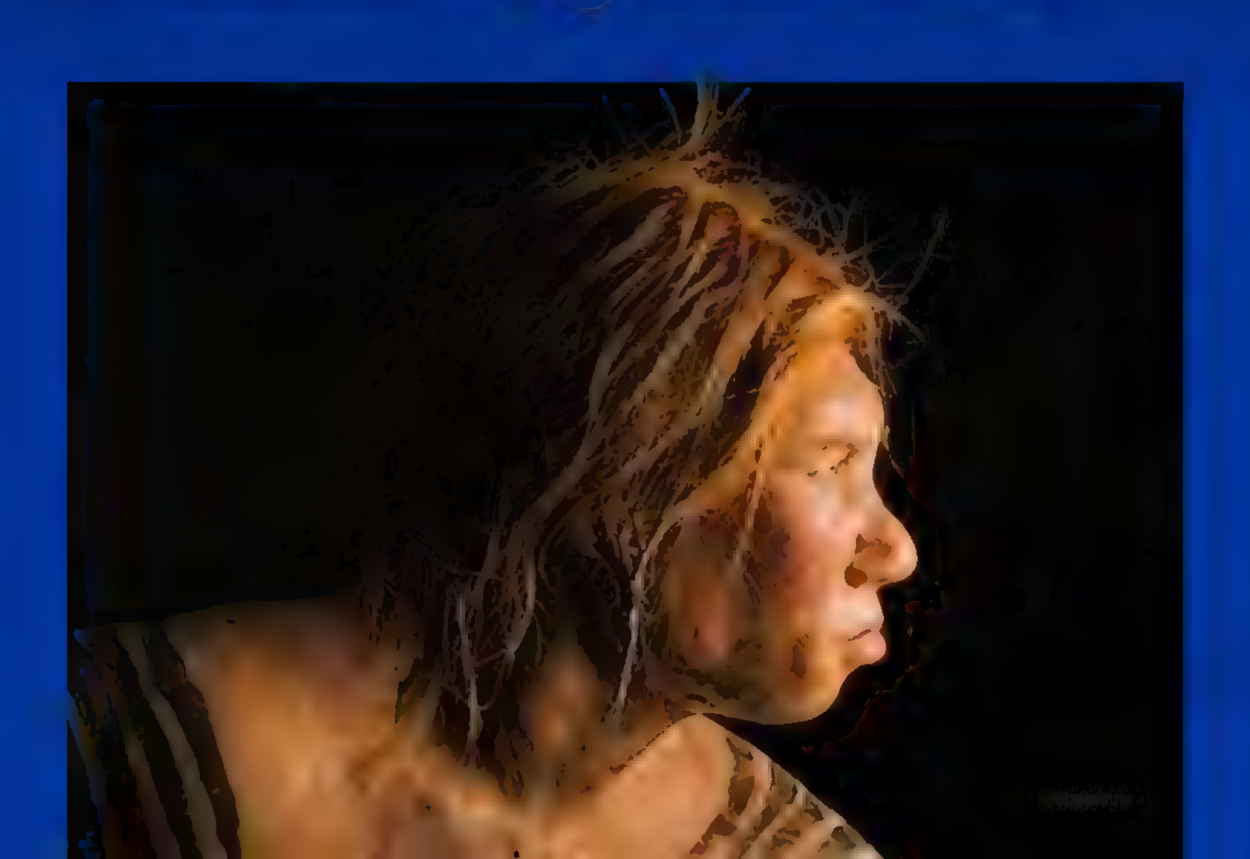


LIVE

СКОПИНСКИЙ МАНЬЯК ВЫХОДИТ ИЗ ТЮРЬМЫ

ТРАНСЛЯЦИЯ ОТ КОЛОНИИ

Женщины неандертальцы



Антропологическое Изслѣдованіе

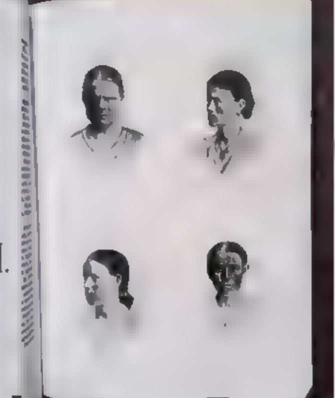
Женщины-Убійцы.

ВРАЧА

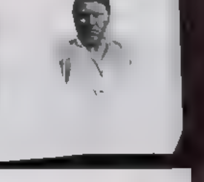
П. Н. Тарновской.

Съ 163 рисунками
и
8 антропометрическими таблицами

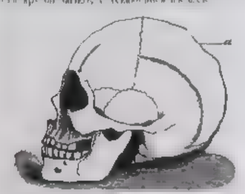
С.-ПЕТЕРБУРГЪ
Тип. Художественной Печати. Английский пр. ...
1902





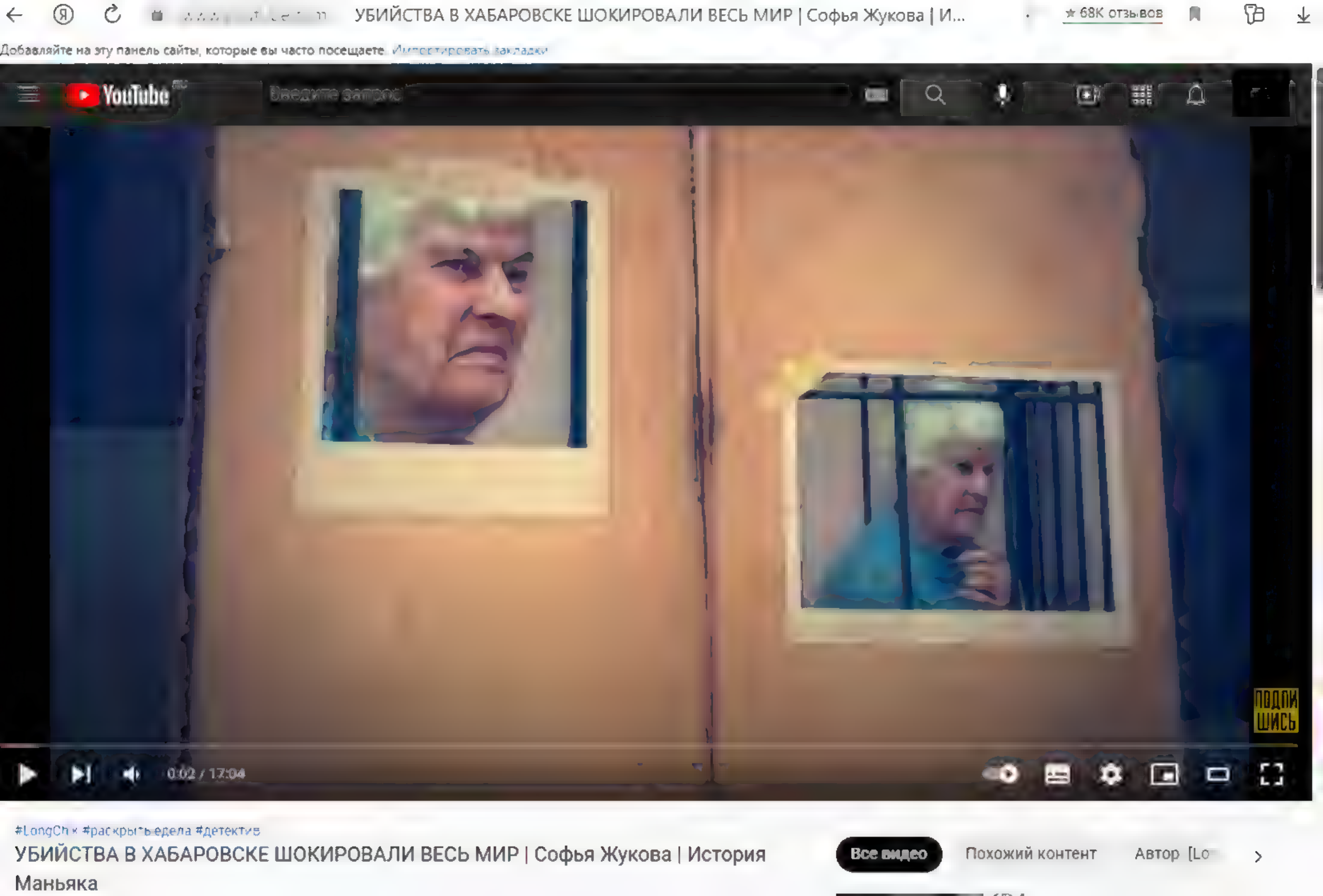












УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...
68K отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
0:02 / 17:04
ПОДПИШИСЬ
УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка
Все видео
Похожий контент

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...

★ 68K отзывов

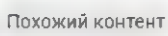
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете

оперативная съемка

#LongCh к #раскрытыедела #детектив

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка

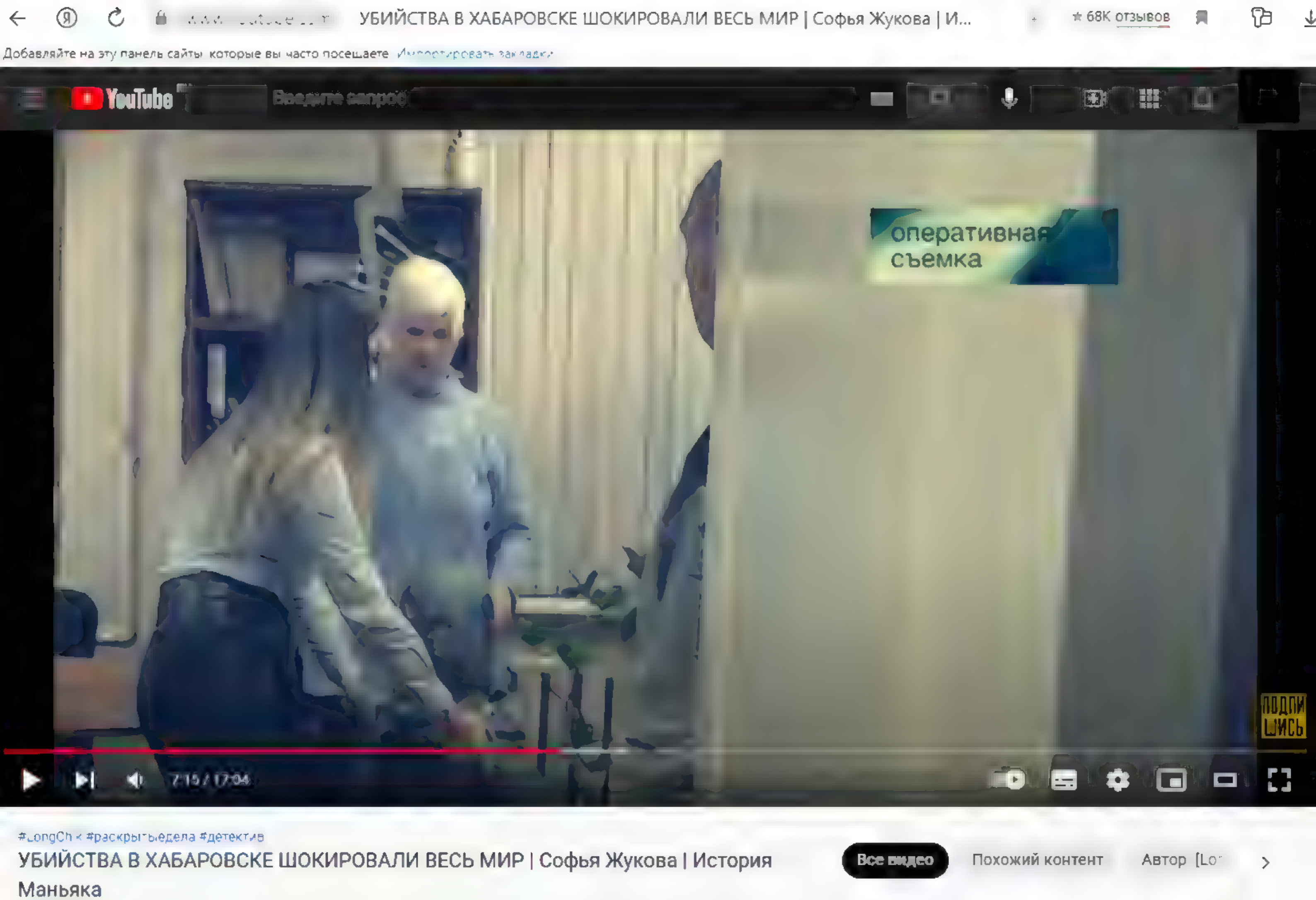








Все видео Похожий контент Автор [Lo


УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...
68K отзывов
YouTube
оперативная
съемка
7:15 / 17:04
УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка
Все видео
Похожий контент

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...

★ 68K отзывов

Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете. Импортировать закладки

YouTube

Введите запрос

ПОДПИШИСЬ

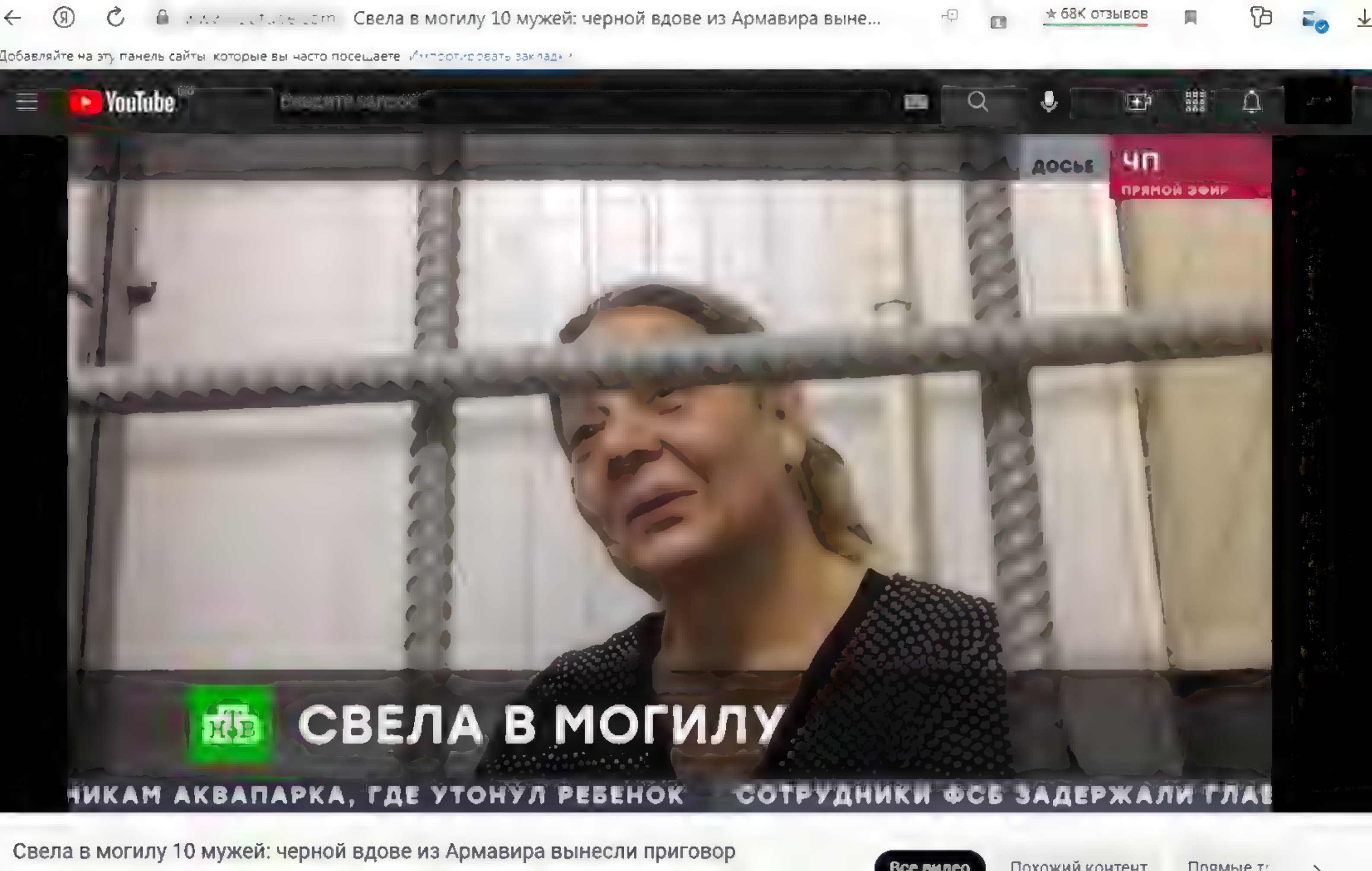
#LongChik #раскрытыедела #детектив

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка





Автор: [Lon


Свела в могилу 10 мужей: черной вдове из Армавира выне...
★ 68K отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
ДОСЬЕ
ЧП
ПРЯМОЙ ЭФИР
НТВ
СВЕЛА В МОГИЛУ
ИКАМ АКВАПАРКА, ГДЕ УТОНУЛ РЕБЕНОК
СОТРУДНИКИ ФСБ ЗАДЕРЖАЛИ ГЛАВ
Свела в могилу 10 мужей: черной вдове из Армавира вынесли приговор
Все видео
Похожий контент



5190A Gallery (495)
в доноры костного мозга на сайте Кровь5. www.blood5.
Отправляясь на Марс
или по другим делам, не забудьте спасти
жизнь на Земле
КРОВЬ 5
люди особого назначения
ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

vk.com

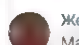


Понасенков Евгений Николаевич

123

Антропологическое Обратите внимание среди так называемых "патриотов" (хотя такие, на самом деле либо карьеристы-лицемеры, либо шизики) и черносотенцев находится много скотов которые уже после того как соколов-помойкин убил и расчленил девушку, продолжают его защищать по всем темам и в пьяном угаре вякать, что "Понасенков еще хуже" (???) Подчеркиваю по идеологии своей бредовой черносотенности, они ПЕРВЫЕ должны были пинать франкофила, атеиста, ряженого "Наполеона"-соколова, но нет! Причина проста как биология эти животные по натуре своей агрессивны, озлоблены, дики Им физиологически, образно, эмоционально ближе убийца! Тем более, что убийца плешивый старик с харей спившегося алкаша это родное, понятное, близкое отражению в зеркале Эти типы преступны по своей природе и очень опасны Они биологически неисправимы (как исл террористы) И если бы законы писались не популистами-леваками а учеными со здравым смыслом, то я бы сказал, что надо делать с подобным порченым материалом, чтобы обезопасить общество от убийств, насилия, шизофренических бредней и просто антиэстетики

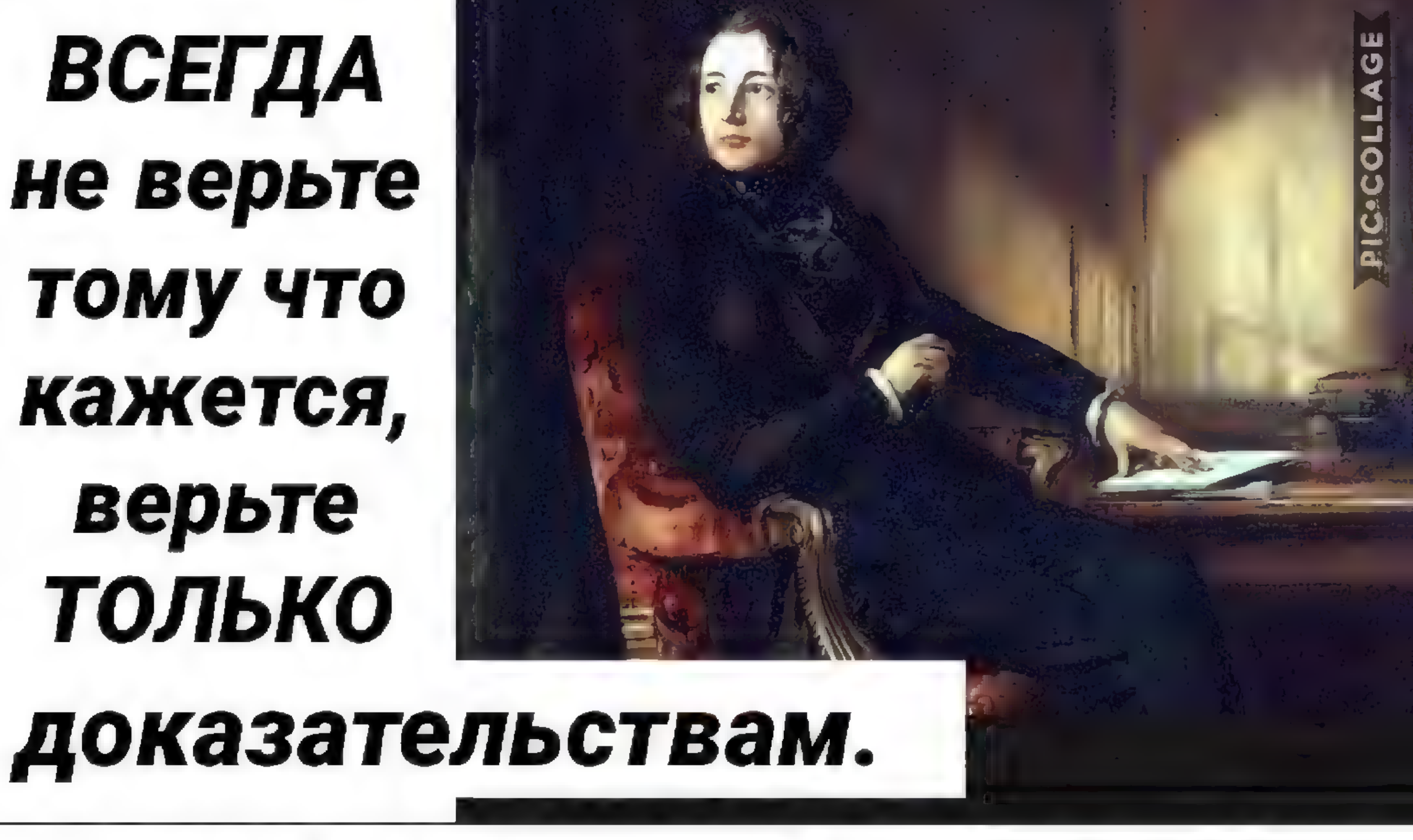
Показать предыдущие 8 комментариев



Женя Пономарев

Маэстро открывает грозную статую в

Фотографии на стене сообщества



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.







Человек




ENGINEER
(PRESSURE SUIT)
WARNING: CHOKING HAZARD
- Small parts. Not for children under 3 years.
Ages 17 & UP